Path. 364 v

<36632018630019

<36632018630019

Bayer. Staatsbibliothek

ALLGEMEINE

PSYCHOPATHOLOGIE

ZUR EINFÜHRUNG IN DAS STUDIUM

DER

GEISTESSTÖRUNGEN

VON

DR. H. EMMINGHAUS,
DOCENTEN AN DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG.

LEIPZIG,
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1878.

10/15

223 F

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

HANDBUCH
der
GEISTESKRANKHEITEN
von
Dr. H. Schüle,
Arzt a. d. Irrenheil- und Pfleganstalt Illenau.
gr. 8. 1878. **complet.** 13 Mark.

Handbuch der Krankheiten
des
RÜCKENMARKS
von
Prof. **Wilhelm Erb**
in Heidelberg.
Zweite Auflage. Mit 32 Holzschn. gr. 8. 1878. **complet.** 20 Mark.

Handbuch
der
GEHIRN-KRANKHEITEN
von
Prof. **H. Nothnagel** in Jena, Prof. **F. Obernier** in Bonn, Prof. **O. Heubner** in Leipzig, Prof. **G. Huguenin** u. Prof. **E. Hitzig** in Zürich.
Zweite Auflage. gr. 8. 1878. 20 M.

Handbuch der Krankheiten
des
NERVENSYSTEMS
1. Hälfte.
Die peripheren-cerebrospinalen Nerven
von
Prof. **Wilhelm Erb** in Heidelberg.
Zweite Auflage. Mit 4 Holzschnitten. gr. 8. 1876. 10 M. 50 Pfg.

Handbuch der Krankheiten
des
NERVENSYSTEMS
2. Hälfte
von
Prof. **A. Eulenburg** in Greifswald, Prof. **H. Nothnagel** in Jena, Prof. **H. v. Ziemssen** in München, Prof. **J. Bauer** in München und Prof. **F. Jolly** in Strassburg.
Zweite Auflage. Mit 2 Holzschnitten. gr. 8. 1877. 14 M.

ALLGEMEINE
PSYCHOPATHOLOGIE

ZUR EINFÜHRUNG IN DAS STUDIUM

DER

GEISTESSTÖRUNGEN

VON

Dr. H. EMMINGHAUS,
DOCENTEN AN DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG.

LEIPZIG,
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1878.

Das Uebersetzungsrecht ist vorbehalten.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

HERRN

HOFRATH DR. F. VON RINECKER

ZUM

VIERZIGJÄHRIGEN JUBILÄUM

SEINER PROFESSUR AN DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

IN VEREHRUNG UND DANKBARKEIT

DARGEBRACHT

VOM

VERFASSER.

INHALTSVERZEICHNISS.

Seite

EINLEITUNG 1
Literatur zur allgemeinen Psychopathologie 4
Allgemeine Nosologie 5
Wesen, Begriff und Arten der psychischen Störung 5
Quellen der allgemeinen Psychopathologie 22
Beobachtung am Krankenbett 22
Medicinische Physik 23
Körperwägung 23
Kopfmessung 25
Thermometrie 25
Sphygmographie 27
Ophthalmoskopie 29
Otoskopie 31
Laryngoskopie 32
Elektrische Untersuchung. Sensibilitätsprüfung. Psychometrie . 32
Pathologische Chemie 39
Pathologische Anatomie, Experimentalforschung 42
Anthropologie und Völkerpsychologie 43
Reflexreizbarkeit und Pantophobie 47
Tanzwuth, Tarantismus u. s. w. 48
Geschlechts- und Thierverwandlung 53
Dämonie, Inspiration u. s. w. 55
Allgemeine Symptomatologie 61
Anomalien der Gefühle 62
Psychische Hyperästhesie 66
Psychische Anästhesie 67
Anomalien der psychischen Unlustgefühle 69
Psyschische Hyperalgie 69
Psychischer Schmerz 73
Angstzustände 75
Psychische Analgie 81
Anomalien der psychischen Lustgefühle 85
Gesteigerte Erreglichkeit der psychischen Lustgefühle 87
Spontane psychische Lust 90
Herabgesetzte Erreglichkeit der psychischen Lustgefühle . . . 92
Combinirte Gefühlsanomalien und Perversitäten der Gefühle . . 95
Stimmungswechsel 96
Stimmungsmischung 97
Leidseligkeit 98
Gemüthsstumpfheit 98
Perversitäten der Gefühle 98

Seite

Anomalien des Vorstellens 103

Anomalien der Anschauung 108

Steigerung der Anschauungsthätigkeit 108

Herabsetzung der Anschauungsthätigkeit 110

Anomalien der Einbildung 112

Anomalien der Erinnerung 115

Gesteigerte Aufnahme und erleichterte Reproduction von Erinnerungen . 115

Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche 121

Doppeltes Bewusstsein 128

Erinnerungstäuschungen 129

Anomalien der Phantasie 133

Gesteigerte Erreglichkeit der Phantasie und Phantasmen . . 136

Phantasmen (Illusionen und Hallucinationen) 141

Illusionen 144. des Gesichts 148. des Gehörs 150. des Geruchs 151. des Geschmacks 152. Tastillusionen 152

Hallucinationen 153. des Gesichts 160. des Gehörs 164. des Geruchs 167. des Geschmacks 171. Tasthallucinationen 173. Phantasmen mehrerer Sinne 174

Phantasiemangel . 176

Anomalien im Verlaufe und der Association der Vorstellungen, combinirte Vorstellungs-Denkstörungen 179

Einseitige Erleichterungen des Verlaufes und der Association der Vorstellungen . 182

Krankhafte Fragesucht 184

Arithmetische Zwangsvorstellungen 186

Aengstliche Hypothesen u. s. w. 187

Allgemeinere Erleichterung des Vorstellungsverlaufes und der Association der Vorstellungen 192

Steigerung der Combinationsfähigkeit 192

Excentricität . 195

Ideenflucht . 195

Erschwerung, Trägheit des Verlaufes und der Association der Vorstellungen . 199

Fixe (inhaltlich falsche) Ideen und Wahnvorstellungen 202

Anomalien des Strebens und Wollens 210

Steigerung des triebartigen Strebens 217

Allgemeine Hyperthymie 217. Trieb zum Muskelgebrauche 220. Gesteigerte Begehrlichkeit nach Nahrung und Getränk u. s. w. 222. Begierde nach Alkohol, Narcoticis u. s. w. 224. Gesteigerte sexuelle Begehrlichkeit 225. Krankhafte Steigerung intellectueller Begehrungen 228

Schwäche des triebartigen Strebens 229

Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses u. s. w. 229. Schwäche der sexuellen Begehrlichkeit 230. Schwäche intellectueller Begehrungen 231

Abscheu, Widerstreben (Widerwille) gegen gewisse Zustandsveränderungen . 231

Perverse Triebe und krankhafte Impulse 232

Seite

Gesteigerte Willensenergie 237

Willensschwäche und Willenlosigkeit 241

Psychopathische Symptomencomplexe 245

Allgemeines Delirium 245

Stupor . 247

Schwankungen in der Helligkeit des Bewusstseins 248

Schlaflosigkeit 249

Schlafsucht 250

Bewusstlosigkeit 251

Allgemeine Diagnostik 251

Fehlen pathognomonischer Zeichen 252. Indirecte Krankheitszeichen 253. Subjective 253. Objective 254. Erster Eindruck 255. Genaue Exploration 255 ff. Diagnost. Werth der Anamnese 261

Symptomatologisch-psychologischer Standpunkt der Diagnostik 263. Schwermuth, Manie, Wahnsinn, Verrücktheit, Schwachsinn, Blödsinn 264 ff.

Klinischer Standpunkt der Diagnostik 268 ff. Mangel anatomischer Diagnosen 269. Zur Differenzialdiagnostik des Irreseins und verwandter Zustände 270. Latenz von Geistesstörung und Vertäuschung 273

Verlauf, Dauer, Ausgänge und allgemeine Prognostik der psychischen Störung 273

Verlauf; in Stadien 274

Regelmässiger Verlauf, unregelmässiger Verlauf 275

Plötzlicher Beginn, allmählicher 276

Invasionsstadium, Stadium der Höhe, Stadium acmes 278

Remission und Exacerbation, Intermission, Cyklischer Verlauf . . 279

Relaps, Recidiv 281

Progressiver Verlauf 281

Dauer; acute und transitorische, chronische Psychosen 285

Ausgänge . 287

Vollständige Heilung; Krise; Lyse, langsame Genesung 287

Reconvalescenz 288

Kriterien vollständiger Genesung 289

Unvollständige Genesung, erworbener Schwachsinn 290

Ausgang in den Tod 292

Allgemeine Prognostik 293

Einfluss von Dauer und Verlauf 294; von gewissen Elementarerscheinungen und Complexen solcher 294; von gewissen Erscheinungen seitens anderer Nervenapparate u. s. w. 299; des Lebensalters, Geschlechts, der erblichen Anlage, der persönlichen Verhältnisse 300

Allgemeine Aetiologie 301

Allgemeine und besondere Krankheitsanlage, cumulative Wirkung der Ursachen, Abhärtung 301

Allgemeine Prädisposition 303

Zeitalter und Nationalität 303

Alter und Lebensperiode 304

Mannesalter . 304

Späteres Alter 304

Seite
Climacterium und Senium 304
Jugendalter . 306
Pubertätszeit . 307
Kindesalter . 307
Geschlecht . 308
Menstruation, Schwangerschaft, Puerperium, Lactation 310
Sociale, politische, religiöse Verhältnisse 312
Individuelle Prädisposition 315
Erbliche Prädisposition 315
Angeborene nicht vererbte Prädisposition 325
Erworbene Prädisposition 325
Wirkungen besonderer Prädisposition 327
Veranlassende Ursachen 334
Somatische Ursachen 334
Kopfverletzung 334. Strahlende Wärme 335. Organische Krankheiten des Gehirns u. s. w. 336
Neurosen . 338
Chorea 339. Nervenverletzung und Neuralgie 339. Hysterie 341. Epilepsie 344
Constitutionsanomalien 349
Fieber und acute Krankheiten 349. Lyssa 353. Intermittens 354. Pellagra, Syphilis 355. Tuberculose 357. Diabetes, Anämie 358. Autochthone Vergiftungen 359. Andere Vergiftungen 360. Kohlensäure u. s. w. 360. Alkohol 361. Tabak, Opium, Morphium 365. Chloroform, Chloral u. s. w. 367 ff. Andere Gifte, Blei, Quecksilber u. s. w. 368 ff.
Krankheiten einzelner Organe und Organsysteme . . 370
Lungenkrankheiten 370. Herzkrankheiten 371. Darmkrankheiten 372. Leber-, Nierenkrankheiten, Morb. Addisonii 374. Hautkrankheiten 375. Abnorme Zustände und Erkrankungen der Genitalien 375
Psychische Ursachen 380
Schreck 381. Länger dauernde depressive Gemüthsbewegungen 382. Erhebende Gemüthsbewegungen 383. Geistige Anstrengung 384. „Contagion" 384.
Allgemeine pathologische Anatomie und Physiologie 386
Allgemeine pathologische Anatomie 386
Befunde am Schädel, den Hirnhäuten u. s. w. 387
Veränderungen der Hirnrinde 390
Makroskopische Veränderungen 391
Mikroskopische Veränderungen 392
Gewichtsbestimmungen und chemische Untersuchungen des Gehirns 400
Allgemeine pathologische Physiologie 402

EINLEITUNG.

§ 1. Die Methode des psychiatrischen Unterrichtes kann im Vortrag wie im Lehrbuche zwei verschiedene Wege einschlagen: entweder kommen die typisch wiederkehrenden Formen des Irreseins — Melancholie, Manie, Wahnsinn, Verrücktheit u. s. w. — eine nach der anderen zur Besprechung, indem ein jeder dieser Symptomencomplexe als Ganzes vorgeführt und die Pathologie, Aetiologie, pathologische Anatomie und Therapie desselben vorgetragen wird — oder dem speciellen Theile der Psychopathologie, der Psychiatrie im engeren Sinne, geht eine allgemeine Psychopathologie voraus, welche ohne Rücksicht auf die Erscheinungen, Ursachen etc. des einzelnen Krankheitsbildes die Lehre vom gestörten Seelenleben überhaupt behandelt.

§ 2. Den ersten, rein klinischen, Weg betritt z. B. das Lehrbuch von Spielmann, welches in Form demonstrativer Vorträge geschrieben ist und den Leser gleich in medias res einführt. Den Vortheil dieser Methode für die Praxis des Unterrichtes wird Niemand in Abrede stellen, denn der Lernende nimmt gleich von vornherein mit an der Untersuchung Antheil, er folgt, geleitet von den Worten des Lehrers, dem Gange der wissenschaftlichen Ermittelungen, er sieht und hört mit eigenen Sinnen, wie sollte er nicht überall vollkommen überzeugt sein und am lebendigsten auffassen?

Zudem ist bei diesem Verfahren im irrenärztlichen Unterrichte die Uebereinstimmung mit demjenigen in den übrigen klinischen Fächern gewahrt und durchgeführt und schon äusserlich eine nicht ganz liebsame Schranke zwischen klinischer Medicin und Psychiatrie beseitigt. Indem nämlich die letztere den klinischen Fächern einfach zur Seite tritt und von vornherein nicht als besonders schwieriger, erst durch gewisse Vorstudien verständlich werdender Wissenszweig

imponirt, wird das Verlangen und die Lust des Lernenden lebhafter mit einer Specialität sich vertraut zu machen, deren Kenntniss nicht geradezu von ihm — im Examen — gefordert wird. Krankheitszustände, welche in den Hörsälen anderer Kliniken zur Besprechung kamen, wie das Delirium des Fiebers, die alkoholischen Gehirnstörungen, das Delirium traumaticum, Puerperalpsychosen etc. sind weiterhin geeignet, einen verständlichen Uebergang zu den Gegenständen der psychiatrischen Klinik zu bewerkstelligen. Denn wie in jenen Vorlesungen neben anderen Fällen auch Kranke mit Hirnsymptomen, welche eine genauer bekannte Affection begleiten, zur Beobachtung gelangten, so werden hier Fälle vorgestellt, bei denen eine Klasse von cerebralen Krankheitserscheinungen zwar entschieden vorwiegt, nicht aber allein das Krankheitsbild ausmacht; in der Regel sind noch andere, theils örtliche, theils allgemeine neuropathische Symptome bei diesen Kranken vorhanden, deren Verständniss eben dem jungen Praktiker durch die medicinische Klinik ermöglicht wurde.

Immerhin vermag die Geschicklichkeit des Lehrers den Zuhörer im Laufe der Betrachtungen über specielle Irreseinsformen auch auf allgemein psychopathologische Fragen hinzuführen und so kapitelweise durch Benutzung der passenden Gelgenheiten allmählich einen Ueberblick über den allgemeinen Theil der Wissenschaft im Ganzen zu liefern.

§ 3. Die andere Methode, der Besprechung der einzelnen Formen des Irreseins eine allgemeine Psychopathologie vorausschicken, befolgen eine grössere Reihe von Lehrbüchern, die Chiarugis Abhandlung della pazzia in genere et in specie im Laufe der Jahre gefolgt sind. Unter ihnen das anerkanntermassen beste von Griesinger, welcher auch seine Klinik jedes Semester mit einem Vortrage über ein allgemeines Thema zu eröffnen pflegte und diese im Druck erschienenen Vorlesungen als Vervollständigungen seines Lehrbuches bezeichnete.

So hat sich denn die allgemeine Psychopathologie längst schon eine bestimmte Stellung in der Reihe der medicinischen Wissenszweige erworben, die im engeren Bereiche der irrenärztlichen Specialität etwa die gleiche ist wie diejenige, welche auf dem umfassenden Gebiete der Pathologie die allgemeine Krankheitslehre zur speciellen Pathologie einnimmt.

Wenn nun die Psychiatrie selbst gar nichts anderes ist als ein rein äusserlich von der speciellen Pathologie getrennter Wissenszweig,

so versteht es sich schon von selbst, dass die Lehre von der psychischen Störung in genere lediglich einen Abschnitt der Lehre vom Kranksein überhaupt ausmacht, dessen Bearbeitung indessen gewöhnlich dem psychiatrischen Fachmann anheimfällt. Und dieser wird den Uebergang von den bereits bekannten Disciplinen der medicinischen Wissenschaft zu der von ihm gelehrten Specialität durchweg mit dem stetigen Hinweise auf dasjenige zu erleichtern vermögen, was bereits in der allgemeinen Pathologie gelehrt, was später am Bette medicinischer, chirurgischer und gynäkologischer Fälle in Erfahrung gebracht wurde: Lehrbuch und Vortrag über allgemeine Psychopathologie sollen den Lernenden in das Gebiet der Irrenheilkunde überführen, auf welchem stets sich derjenige schwieriger zurechtfindet, welcher ohne weiteres an die Betrachtung der einzelnen Formen der Seelenstörung herantritt.

§ 4. Bezeichnen wir also die allgemeine Psychopathologie als eine Einleitung in die klinische Psychiatrie, so wird sich derselbe Plan für unsere Darstellung ergeben, welchen die allgemeine Pathologie, die Vorschule der speciellen Krankheitslehre, innehält. Wir besprechen demnach:

1. Die allgemeine Nosologie der Geistesstörungen.
2. Die allgemeine Aetiologie derselben.
3. Die allgemeine pathologische Anatomie und Physiologie derselben.

Die allgemeine Nosologie hat zuerst den Begriff der psychischen Störung, sodann die Quellen, aus welchen das psychopathologische Erkennen schöpft, anzugeben; weiterhin enthält sie die allgemeine Symptomatologie und Diagnostik der psychischen Störungen, die allgemeine Prognostik derselben, die Lehre vom Verlaufe, der Dauer und den Ausgängen der psychischen Affectionen.

Die allgemeine Aetiologie handelt von den prädisponirenden und den Gelegenheitsursachen psychischer Störungen.

Die allgemeine pathologische Anatomie bespricht die makroskopischen und histologischen Veränderungen der Hirnrinde, welche nach psychischen Störungen gefunden wurden; die allgemeine pathologische Physiologie wird versuchen, die Herkunft, den Mechanismus der Ernährungsstörungen in dieser Organisation darzustellen und die Erscheinungsweise psychischer Anomalien, soweit als möglich ist, aus den Texturveränderungen der grauen Rindensubstanz herzuleiten.

Literatur zur allgemeinen Psychopathologie.

Chiarugi, Della pazzia in genere et in specie. Deutsch u. d. Titel Abhandlung üb. d. Wahnsinn überhaupt u. insbesondere. Leipzig. 1795. I. — Langermann, De methodo cognoscendi curandique animi morbos stabilienda. Jena. 1797. — Reil, Fieberlehre. Halle. 1799. Bd. IV. § 47—93. — Crichton, Untersuchung üb. d. Natur u. d. Ursprung d. Geisteszerrüttung. Deutsch v. Hoffbauer. Leipzig. 1810. S. 1—498. — Heindorf, Versuch einer Pathol. u. Ther. d. Geistes- u. Gemüthskrankh. Heidelberg. 1811. — Rush, Med. inqu. a observ. up the Diseases of the Mind. Philad. 1812. Deutsch v. König. Leipzig. 1825. — Heinroth, Lehrb. d. Störungen d. Seelenlebens etc. Leipzig. 1818. I. § 1—190. — Georget, Ueber d. Verrücktheit, übers. v. Heinroth. Leipzig. 1821. S. 21—126. — Leupoldt, Grundriss d. allg. Pathol. u. Therapie des somatischen u. psychischen Lebens. Berlin u. Leipzig. 1823. I. — K. G. Neumann, Krankheiten d. Vorstellungsvermögens. Leipzig. 1822. — Buzorini, Unters. üb. d. körperl. Bedingungen von Geisteskrankh. Ulm. 1824. S. 1—78. — Leuret, Fragmens psychol. sur la folie. Paris. 1834. — Jessen, Art. Insania in Berl. encyklop. Wörterb. Bd. 18. S. 500. — Esquirol, Die Geisteskrankh. Deutsch v. Bernhard. Berlin. 1838. I. S. 1—233; auch Art. Folie, Demence im Dict. des sciences medic. — Guislain, Phrenopathien. Deutsch von Canstatt. Nürnberg. 1838. S. 1—282. — Dasselbe, v. Wunderlich u. Zeller. S. 1—88. — Guislain, Klinische Vorträge üb. Geisteskrankh. Deutsch v. Lähr. — Friedreich, Handb. d. allg. Pathol. d. psych. Krankh. Erlangen. 1839. — Scip. Pinel, Traité de Pathol. cerebral. Paris. 1844. — Hagen, in Wagner's Handwb. d. Physiol. 1844. Bd. II. Art. Psychol. u. Psychiatrie. S. 804 ff. — Griesinger, Pathol. und Ther. d. psych. Krankh. I. Aufl. 1845. II. Aufl. 1861. Buch I, II, IV, auch gesammte Abhandl. Bd. I. — Feuchtersleben, Lehrb. d. ärztl. Seelenkunde. Wien. 1845. S. 1—284. — Handb. d. Pathol. u. Ther. d. Geisteskrankh. Herausgeg. v. Schnitzer. Leipzig. 1846. I. Allg. Pathol. — Falret, Leçons cliniques de med. mentale. Paris. 1854. — Kieser, Elemente d. Psychiatrik. Breslau u. Bonn. 1855. § 1—46. — Albers, Memoranda d. Psychiatrie. Weimar. 1855. S. 1—156. — Bucknill u. Tuke, Psychological medicine. London. 1858. III. Aufl. 1874. — H. Neumann, Lehrb. d. Psychiatrie. Erlangen. 1859. II. § 62—84. —

Morel, Traité des malad. mentales. Paris. 1860. Livre II, III. — Forbes Winslow, On obscure diseases of the brain and disorders of the mind. II. Aufl. London. 1860. — Wachsmuth, Allg. Pathol. der Seele. II. Aufl. Hamm. 1862. — Dagonet, Traité élem. et pratique des mal. ment. Paris. 1862. p. 1—247. — Schröder van der Kolk, Pathol. u. Therap. d. Geisteskrankh. Deutsch v. Theile. Braunschweig. 1863. I. Hauptstück. — Brosius, Psychiatrische Abhandlungen. Neuwied. 1863. — Leidesdorf, Lehrb. der psych. Krankh. Erlangen. 1865. S. 1—149. — Brierre de Boismont, Des mal. mentales, aus Requins Pathol. médic. T. IV. p. 693—724. Paris. 1866. — Maudsley, Physiol. u. Pathol. d. Seele. Deutsch. v. Böhm. Würzburg. 1870. I, II. — Ausserdem verschiedene Handbücher der allg. u. spec. Pathologie: Lotze, Henle, Canstatt, Wunderlich, Leubuscher, Lebert, u. s. w. u. s. w.

Allgemeine Nosologie.

Wesen, Begriff und Arten der psychischen Störung.

§ 5. Die generelle Pathologie bezeichnet als Krankheit im Allgemeinen eine besondere Form von Erscheinungen, unter welcher sich das Leben organisirter Körper offenbart. Psychische Krankheit wiederum ist eine Form der Lebenserscheinungen, die sich in bewussten Vorgängen kundgibt, nämlich in Gefühlen, Vorstellungen und Willensimpulsen. Wie jede Störung überhaupt, so manifestirt sich auch die psychische durch die nämlichen Phänomene, welche zur Aeusserung des gesunden Zustandes dienen. Während jedoch im letzteren die Gefühle, Vorstellungen und Strebungen einmal zu den Einflüssen der Aussenwelt, sodann unter sich selber in einem harmonischen Verhältnisse stehen, ist es charakteristisch für das Wesen der psychischen Störung, dass, solange sie besteht, die genannten Vorgänge im Bewusstsein aus jenen harmonischen Verhältnissen heraustreten, dass eine Perturbation der natürlichen Wechselwirkungen psychischer Kräfte eintritt. An Stelle der für die Gesundheit geltenden Normen gebieten jetzt die anders lautenden Gesetze der Krankheit und aus ihren Wirkungen erst kann die Existenz der psychischen Störung erschlossen werden.

Die ontologische Auffassung von der Natur der Krankheit, welche dem Jugendzustande jedes Culturvolkes eigenthümlich war und selbst-

verständlich heute noch bei uncivilisirten Stämmen die herrschende ist, bezieht diese gesetzmässigen Aeusserungen der Alteration auf Wesenheiten, welche im Befallenen oder um ihn Sitz und Wohnung aufgeschlagen haben und seine Seele beeinflussen. Dieser für das kindliche und jugendliche Denken völlig normale Irrthum hat sich indessen unverhältnissmässig lange, selbst bis in die Zeiten der Aufklärung bei den Culturvölkern erhalten. Erst eine den Naturglauben gänzlich stürzende Erkenntniss der Naturerscheinungen konnte zu dem Satze gelangen, dass, wie eine jede anderweitige, so auch die psychische Störung einzig und allein an die organischen Substrate des Lebens gebunden ist.

§ 6. Im weitesten Sinne ist es das Nervensystem der höheren Organismen, welches wir mit voller Gewissheit als das Substrat der psychischen Vorgänge zu betrachten haben, im engeren Sinne müssen wir die Nervencentralorgane, im engsten endlich die Zellen der grauen Hirnrinde für Vermittler bewusster Lebenserscheinungen halten. Physiologische und pathologische Erfahrungen am Menschen wie am Versuchsthier weisen uns nach, dass Gefühle, Vorstellungen und Willensimpulse an diese Organisation gebunden sind. Von anderen centralen Gebilden des Nervensystems, dem Kleinhirn, den grauen Massen des Hirnstammes, vom Rückenmark und den sympathischen Ganglien wissen wir nur, dass sie höchst vollkommene den psychischen Lebenserscheinungen sehr ähnliche Processe vermitteln. Der Beweis, dass diese Phänomene bewusst sind, ist ebenso wenig wie für die zum Theil sehr complicirten vitalen Aeusserungen solcher Organismen beizubringen, welche nach unseren dermaligen Kenntnissen der Nervenapparate entbehren.

§ 7. Sind also die psychischen Lebenserscheinungen an die Grosshirnrinde gebunden, so muss eben diese Organisation es auch sein, deren veränderte Lebensbedingungen psychische Störungen herbeiführen.

Die Erkenntniss einer jeden Störung, an welchem Organe sie auch ablaufen mag, setzt nothwendiger Weise die Kenntniss der normalen Lebenserscheinungen des betreffenden Organes voraus. Die Pathologie basirt demnach zuerst auf der Physiologie und die Psychopathologie auf der Psychophysiologie. Die Lehre von den normalen Lebensäusserungen ist aber erst dann eine vollkommene, wenn sie sich auf die Kenntniss von der anatomischen Structur der Organe selbst stützen kann.

Viele Jahrhunderte hindurch hat man indessen ziemlich unbekümmert um den Ort im Organismus, von dem etwa die psychischen Lebenserscheinungen ausgingen, diese empirisch, d. h. als Object der inneren Erfahrung beobachtet und in sich analysirt und eine Wissenschaft der Functionen begründet, die Psychologie genannt wird bis auf die Gegenwart, da man vielleicht schon besser sagen sollte Physiologie der grauen Hirnrinde; denn die Neuzeit hat die Aufgabe gelöst, diese Psychologie, welche sich geraume Zeit in den Händen der Philosophen befand, auf dem Gebiete der Naturwissenschaften anzupflanzen und sie durch Verwerthung der vergleichend anatomischen und histologischen sowie der experimentellen und eben auch klinischen Ergebnisse mehr und mehr zu einer Physiologie desjenigen Organes umzuwandeln, welches als der Ursprung der psychischen Erscheinungen aufgefasst werden muss.

Wenn freilich demnach die Naturwissenschaft jetzt mit vollem Rechte die Psychologie zu ihren Wissenszweigen rechnen darf, so wird sie doch niemals in Abrede stellen können, dass sie einen Theil dieser Wissenschaft schon beinahe abgeschlossen aus den Händen der Philosophie empfangen hat. Was nämlich die empirisch festzustellenden Thatsachen, die Methode der Beobachtung und die Nomenclatur anlangt, ist ihr von jener erfolgreich bereits seit langer Zeit vorgearbeitet worden. Und wo es der Philosophie darum zu thun war, Wirkliches festzustellen, da musste sie immer den Weg der Naturforschung betreten, d. h. in der Erfahrung die Objecte ihrer Forschung und Erkenntniss suchen. Wo aber die speculative Philosophie den Boden der Erfahrung verliess, da verliess sie zugleich den von der Naturforschung betretenen Weg und diese hat keine Veranlassung, sie auf ihrem Gange zu begleiten. Ebensowenig wird sich aber die Naturwissenschaft den Anspruch der Philosophie gefallen lassen, der von dem weitaus grössten ihrer Vertreter erhoben worden ist: in Sachen der intellectuellen und moralischen Fähigkeiten eines Menschen habe der philosophische und nicht der medicinische Forscher zu entscheiden.

§ 8. Die Kenntniss der modernen der physiologischen Psychologie ist für das Verständniss der Lehre von den psychischen Störungen nothwendig, aber freilich ebensowenig ausreichend, wie das Wissen der Physiologie an sich zum Verständniss der Pathologie in hinlänglicher Weise befähigt. Denn zum vollen Begreifen psychopathologischer (wie anderer krankhafter) Vorgänge bedarf der ärztliche Forscher noch vielfacher Beobachtungen und eigener Erfahrung

über die pathologischen Erscheinungen selber. Die geeignete Vorschule hierzu bildet also das medicinische Studium, welches von den Naturwissenschaften ausgeht, durch die Anatomie, Physiologie, allgemeine Pathologie, pathologische Anatomie zur speciellen Krankheitslehre fortschreitet und schliesslich in die praktischen Erfahrungen am Bette der verschiedenartigsten Kranken ausläuft, um den jungen Naturforscher mit den Eigenschaften eines ärztlichen Praktikers für seine Thätigkeit im Leben auszustatten. Die Lehre vom Kranksein überhaupt soll sich zu einer pathologischen Physiologie entwickeln, die Lehre vom psychischen Leiden im allgemeinen soll zur pathologischen Psychologie bezw. pathologischen Physiologie der Hirnrinde werden.

§ 9. Eine pathologische Psychologie muss sich aber gegen die physiologische so weit als möglich abgrenzen.

Nun lehrt indessen die allgemeine Pathologie, dass überhaupt eine strenge Abgrenzung des Begriffes Gesundheit von dem Begriffe Krankheit nicht möglich ist. Der gesunde Zustand geht ja durch eine grosse Anzahl von Stufen allmählich in den entschieden krankhaften über. Gesundheit und Krankheit sind mithin gar keine absoluten, sondern nur relative Gegensätze. Physiologie und Pathologie werden sich daher an gewissen Stellen berühren, eine genaue Trennung beider Wissenschaften ist — wie bekannt — eine vollkommene Unmöglichkeit.

Die Praxis des Lebens kann sich freilich mit diesem Satze nicht so ohne Weiteres abfinden. Sie verlangt oft unerbittlich streng die Entscheidung, ob psychische Krankheit bestehe oder nicht. Manche Fälle bringen dem Sachverständigen die „Flüssigkeit der Uebergänge" von Gesundheit zu Krankheit — den état mixte von Moreau — sehr klar zum Bewusstsein, in anderen ist es wenigstens möglich, mit den geeigneten Mitteln in der Hand eine das wissenschaftliche Gewissen völlig befriedigende Antwort in diesem Sinne zu geben, in dritten endlich ist eine solche Entscheidung auf den ersten Blick schon fertig.

§ 10. Ein ideales Bild der Gesundheit schwebt der Physiologie und Pathologie allerdings vor Augen. Wäre es aber möglich, auch nur annähernd dieses in Umrissen entworfene Bild genauer zu fixiren, so würde wohl die Gefahr auftreten, dass am Ende gar kein menschliches Wesen gefunden würde, dessen Organisation in allen ihren einzelnen Theilen mit ihren zugehörigen Functionen diejenigen Be-

dingungen alle erfüllte, welche für die Definition der Gesundheit nothwendig wären. Man leitet deshalb wohl oder übel den Begriff der Gesundheit auf dem Wege der Abstraction aus der Beobachtung einer sehr grossen Zahl von Individuen ab und hält das alles für normal, was den beobachteten Individuen allen in gleicher Weise eigenthümlich ist. Aus den hauptsächlichen Kennzeichen also wird das Bild der Gesundheit zusammengesetzt, die kleinen nebensächlichen Unterscheidungsmerkmale werden vernachlässigt.

So entsteht der Begriff vom Durchschnittstypus.

Wie jene durch Lebensalter, Geschlecht, Nationalität, Abstammung, (Familie) Beruf, äussere Lebensverhältnisse begründeten auffälligen Differenzen im psychischen Gesammtzustande so stehen auch die durch religiöse, politische und sociale Einflüsse, Erziehung, Lebensschicksale u. s. w. bedingten typischen Unterschiede alle innerhalb der normalen Gesundheitsbreite. Denn ebensowenig, wie wir die Schwielen in der Hand des Arbeiters als pathologische Phänomene betrachten oder die weiche Beschaffenheit der Haut dieser Theile bei anderen Berufsmenschen, halten wir die Gefühlserreglichkeit des Elegikers und Abhärtung des Gefühls beim Soldaten für etwas anderes als eine normale Erscheinung. Dem Kinde ist lebhafte Phantasie, dem Alter ruhige Ueberlegung, auch ein gewisser Geiz, dem Jüngling wiederum eher Neigung zum Verschwenden eigenthümlich (Lotze's Psychagogie der Natur). Wir erhalten also bestimmte Typen, auf deren nähere Betrachtung wir nicht einzugehen brauchen. Etwas anderes schon ist es mit folgenden Varietäten:

Es kommt ja der Physiologie und Pathologie nicht bei gewisse Gesammtzustände des Körpers wie den phthisischen und apoplektischen Habitus, die Fettarmuth und die reichliche Entwickelung des Fettgewebes, die zarte oder die starke Ausbildung des Skellets und der Muskulatur ohne Wahl zu den pathologischen Phänomenen zu stellen. Ebensowenig darf die Psychophysiologie und die Psychopathologie von kurzer Hand die individuelle Gemüthsweichheit oder die Härte, die Willensschwäche oder die Hartnäckigkeit des Wollens schlechthin für krankhafte Erscheinungen erklären. Freilich liegt in der Bezeichnung gewisser noch der Gesundheit zugerechneten körperlichen wie psychischen Zustände eine Hinweisung auf das Pathologische, eine Anticipation des Begriffes Störung, wie z. B. eben in der Benennung apoplektischer, phthisischer Habitus oder melancholisches, cholerisches Temperament etc. Alle diese Erscheinungen aber, deren regelmässiges Wiederkehren sich leicht durch die Betrachtung vieler Individuen constatiren lässt, gehören noch in die

Breite des Normalzustandes. Die Unterscheidungsmerkmale vom Durchschnittstypus sind ausserwentliche durch gewisse in den Bedingungen der Organisation überhaupt gegeben.

Während man nun geneigt ist, alle die Varietäten menschlicher Geistesverfassung, welche sich dem Ideale nähern, also den Durchschnittstypus überschreiten, als hochnormal zu bezeichnen, stellt man auch mit Recht gewisse Abnormitäten, die als Unterschreitungen jenes Typus erscheinen, noch nicht in den Bereich des Krankhaften. Es gibt intellectuelle, sittliche und ästhetische Genies, sie sind Abweichungen von dem Mittel, aber jeder erklärt sie für vollkommen normal. Ihre Zerrbilder, die falschen Genies, die „schillernden Köpfe", die Prüden, die baroken Künstler u. s. w. rechnet man schon zu den krankhaften Naturen, weil eben die Leistungen excessiv nicht harmonisch, also schwächlich sind; es ist bei ihnen ein Defect vorhanden, der die Harmonie stört. Ein Defect haftet auch den intellectuell, moralisch und ästhetisch unfähigen an. Auch wenig befähigte Menschen, Verbrecher und ästhetische Nullen lassen wir trotzdem noch nicht als mit krankhaften Zuständen behaftete gelten, weil bei ihnen die klinischen Zeichen, welche eben krankhaften Zuständen eigenthümlich sind, nicht ausgesprochen sind. Darauf kommt aber für die Definition des Pathologischen alles an, sowohl im allgemeinen als auch im Einzelfalle selbst. Es gibt eine intellectuelle Unfähigkeit, die krankhaft ist, ein Verbrecherthum von pathologischem Charakter, eine nicht normale ästhetische Unfähigkeit. Alle diese Zustände sind dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur die einseitige Negation gewisser psychischer Leistungen vorliegt, aus welcher an sich allein ebensowenig wie aus dem einseitigen Vorschlagen gewisser Befähigungen (Talentirungen) ein krankhafter Zustand erschlossen werden kann, sondern dass in den psychischen Leistungen Gesammtveränderungen ausgesprochen sind, dass sich die ganze psychische Persönlichkeit keiner der zahlreichen Typen menschlicher Geistesverfassung fügt und dass endlich im Körper anatomische und functionelle Anomalien sich vorfinden, die mit den psychischen Abweichungen zusammen ein bestimmtes pathologisches Ganze bilden.

Beweise, wie sehr man das Ganze der psychischen und somatischen Organisation bei der Unterscheidung der Varietäten von krankhaften Zuständen ins Auge fassen muss, liegen in folgendem:

Die Geschichte hat schon hinlänglich in den Beispielen ebenso berühmter als berüchtigter Persönlichkeiten nachgewiesen, dass neben hohen intellectuellen Fähigkeiten sich tiefste moralische Perversität

bis zum Verbrechen finden kann. Auf der einen Seite also ist Vortrefflichkeit, auf der anderen Defect vorhanden. Ebenso vermag recht wohl penibles Pflichtgefühl und musterhafte Tugend neben einer gewissen Unfähigkeit bestehen, gar nicht zu reden von den einseitigen Talentirungen, z. B. zum Rechnen, zur Musik, zu gewissen mehr mechanischen Kunstleistungen, die sich wohl mit intellectueller Schwäche, zum Theil sogar mit Idiotismus vertragen.

§ 11. Die vorhin erwähnten pathologischen Zustände sind indessen noch keine Krankheiten an sich. Sie sind entweder angeborene Anomalien oder die Producte abgelaufener Krankheitsprocesse. Das psychische Leben aber besteht doch im Ganzen betrachtet aus einem langsamen Entwickelungsprocess, der sich, wie ein jeder organische Vorgang aus einer Reihe von Zuständen zusammensetzt. Wo nun immer die normale, wenn auch langsam erfolgende Succession der einzelnen durch die Entwickelung vorgeschriebenen Zustände keine harmonische ist, so dass entweder die Evolutionsphasen sich zu früh oder zu spät einstellen, da sind krankhafte Vorgänge im Ablauf begriffen, die gern zu pathologischen Zuständen führen. Man muss hier an die frühreifen „Wunderkinder“ und vorzeitig geistig senescirenden Individuen ebensowohl denken, wie an die kindisch gebliebenen Erwachsenen. Wiederum zeigt sich hier, dass die Näherung an das Ideal nicht als krankhaft erachtet wird. Jene jugendlich frischen Greise unterscheiden wir wohl von den symptomatisch lasciven aufgeregten Alten. In vielen Fällen, die häufiger als primäre denn als secundäre pathologische Zustände aufzufassen sind, ist es aber thatsächlich der Process des Lebens selbst, welcher den krankhaften Process zugleich mit sich bringt: dann vollzieht sich die psychische Entwickelung, welche das Leben — bei Gesunden als normale involvirt — in anhaltend krankhafter Weise, sie führt zur Entartung: Die vielgestaltigen normalen Lebensreize an sich wirken bei solchen Individuen als Krankheitsreize.

§ 12. Man hat für ein Charakteristicum der Krankheit das Uebelbefinden angesehen, das Auftreten eines gewissen Krankheitsgefühles, also eines Vorganges im Bewusstsein. Ganz abgesehen davon, dass es auch rein körperliche Störungen gibt, die ohne Erregung eines Krankheitsgefühles zunächst symptomlos für den Patienten verlaufen, ist dieser Factor bei der Definition der psychischen Störung nicht in Rechnung zu bringen; denn wie sollte in Krankheitsfällen, wo das Bewustseinsorgan selbst das leidende ist, noch

von einer normalen Reaction desselben durchweg die Rede sein können? Für manche Psychopathien allerdings ist das subjective Krankheitsgefühl ein nicht unwichtiges Symptom. In vielen Fällen der sogenannten Gemüthsleiden — die man gern den Verstandesleiden gegenüberstellt — ist es freilich vorhanden, und beim Hypochonder tritt es entschieden in den Vordergrund des ganzen psychischen Krankheitsbildes. Aber andere Formen der psychischen Störungen sind wieder durch eine complete Lähmung des Krankheitsgefühles ausgezeichnet, ja sogar mit dem Gegentheil desselben mit einem ganz exquisiten Gesundheitsgefühl verbunden, wie man ja auch hier und da bei Phthisikern etwas vollkommen Analoges beobachtet.

§ 13. Während die Varietäten, Abnormitäten und selbst manche pathologische Zustände an sich in Ruhe und Gleichgewicht für längere Zeit ja für das ganze Leben verharren, ist es charakteristisch für die Krankheitsprocesse, dass sie, wie der Begriff aussagt, fortschreiten und deshalb eine gewisse Gefahr für das behaftete Individuum mit sich bringen. Sie haben einen mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen Beginn, — die Krankheit ändert die psychische Individualität — einen Fortgang, der bald heftig bald langsam ist, sie enden entweder mit Heilung oder mit Tod, sei es auch mit partiellem Tode, nämlich dem Absterben desjenigen Theiles, an welchem sie localisirt sind. Die organischen Elemente, welche die psychischen Lebenserscheinungen vermitteln, neigen erfahrungsgemäss zum Zerfall hin, wenn ihnen auch eine bestimmte Widerstandsfähigkeit, ein Vermögen, die Störungen auszugleichen, nicht abgesprochen werden kann; ja experimentelle Ergebnisse machen es vom Gehirn sogar wahrscheinlich, dass ihm die Regenerationsfähigkeit nicht ganz fehle (Voit). Aber bei alledem steht der obige Satz fest genug; ist doch das Gros der Irrenanstaltinsassen gebildet von schwachsinnig gewordenen Kranken von den „psychischen Invaliden“, mit „Defect“ Geheilten, wie H. Neumann sie bezeichnet!

Willis, Morgagni, Chiarugi, Rush, Guislain u. A. hatten das Fortschreiten der psychischen Störungen richtig erkannt und betont und die Auffassung der psychischen Störungsformen als Stadien eines Processes wurde von Zeller und sodann von Griesinger, Neumann u. A. adoptirt und weiter ausgebildet: Anheben der Störung mit einer initialen Schwermuthsperiode (prodromale Melancholie) sodann Exaltationszustände, endlich die verschiedenen Formen psychischer Schwäche als Beschluss des Ganzen (terminaler

Blödsinn). Hier sah man also klar, dass — wenn nicht angeboren — das psychische Leiden ein Process ist, der sich aus einer Kette von Zuständen zusammensetzt.

Gegen dreissig Jahre hat diese Ansicht ziemlich allgemein geherrscht und noch heute hat sie Geltung genug, wenn auch Griesinger selbst in den letzten Jahren seines Lebens wieder an der Allgemeingiltigkeit dieses „Gesetzes“ zweifelhaft wurde und bereitwillig einräumte, dass, wie Snell und Morel behaupteten, auch Fälle originärer Verrücktheit (primärer Verrücktheit, Griesinger-Sander) vorkommen, deren Annahme in der Bezeichnung eine Contradictio in Adjecto für die bis dahin gültige Lehre enthalten haben würde. In dieser Hinsicht ist nicht zu vergessen, dass an vorhandene pathologische Zustände, welche bei der primären Verrücktheit angenommen werden müssen, wie oben erwähnt, gern sich pathologische Processe anschliessen, weil eben unter solchen Bedingungen die normalen Lebenseinflüsse schon zu Krankheitsreizen werden können. Entweder sind die Organe des psychischen Lebens im Ganzen pathologisch beschaffen und werden rascher und intensiver von Reizen afficirt, die der Gesunde leicht ausgleicht, oder der Rest gesunder Theile fällt aus Ueberanstrengung der Störung anheim. Th. Simon hat speciell für die Paralyse sehr wahrscheinlich gemacht, dass sie nicht etwa mit Vorliebe intelligente, sondern eben solche häufiger befalle, die von jeher etwas „schwach im Kopfe gewesen“ sind, „Männer, die zu einer Lebensstellung gelangt sind, für die ihre geistige Capacität nicht ausreicht und welche so zu sagen beständig ihren Geist stimuliren müssen.“ Ganz offenbar kommt es aber in dieser Hinsicht auf den Grad des Defectes an: die schweren Formen der pathologischen Zustände bieten an sich doch wieder eine gewisse Immunität gegen psychopathische Processe, weil sie die Beantwortung gewisser (psychischer) Lebensreize negiren: Gemüthsbewegungen, nach Pinel eine der wichtigsten Quellen für psychische Verstimmung, sind ja für viele schwachsinnige Individuen gar nicht mehr vorhanden!

Beiden Formen der Störung, den psychopathischen Processen wie den Zuständen, ist nun unter allen Umständen das gemeinsam, dass sie Schwächungen der psychischen Organe vorstellen.

In der Bezeichnung Negation, die der krankhafte Zustand allemal ist, drückt sich ja schon die Schwäche aus. In Bezug auf die pathologischen Processe könnte man einen Augenblick zweifeln, wenn man an die Störungen denkt, deren Symptome mit ὑπέρ zusammengesetzte Bezeichnungen erhalten haben, z. B. die psychische Hyper-

algie, die Hyperbulie und andere. Ausserdem wissen wir ja, dass in der Tobsucht eine Steigerung der Vorstellungsthätigkeit, im Wahnsinn sogar eine gewisse Sagacität im Vorstellen, ein (gegen früher) verschärftes Schlussvermögen zu Tage tritt. Aber der Normalzustand setzt die Harmonie der psychischen Lebenserscheinungen voraus, das gleichmässige Verhältniss zwischen den Reizen der Aussenwelt und den sie verarbeitenden Kräften der psychischen Organe, sowie die Harmonie dieser Kräfte unter sich selbst. Die Hyperalgie ist nun verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Schmerz, die Hyperbulie vermindertes Hemmungsvermögen. Bei der Tobsucht ist mit der gesteigerten Production von Vorstellungen zugleich Schwäche und Flüchtigkeit derselben verbunden, es ist Ideenflucht da. Beim Wahnsinn geht der geniale Schluss von einer falschen Voraussetzung aus. Mögen deshalb auch einzelne Leistungen der Krankheit grösser sein als die gesunden Lebensverrichtungen, als Ganzes betrachtet, leistet sie ebenso wie der krankhafte Zustand weniger, als der Normalzustand.

§ 14. Die allgemeine Pathologie lehrt, dass die Krankheitsprocesse entweder qualitativ oder quantitativ, von den normalen sich unterscheidende, Vorgänge hervorbringen. Die Verrichtungen des kranken Theiles können dieselben sein, wie diejenigen, welchen er im gesunden Zustande obliegt, nur erfolgen sie in grösserem oder kleinerem Maassstabe. Weiterhin können von dem krankhaft afficirten Theile andere Leistungen ausgehen als in gesundem Zustande, welche indessen unter anderen Bedingungen wieder als vollkommen normale betrachtet werden müssen. Für die quantitativen Veränderungen treten als Beispiele ein die Erscheinungen der gesteigerten Erregbarkeit der Gefühle, der Vorstellungen und der Willensimpulse einerseits, die erschwerte Irritabilität derselben anderseits. Für die qualitativen Abweichungen bieten sich als Beispiele die traurige Verstimmung, die psychische Neuralgie der Melancholiker, die heitere Verstimmung der Maniaci, welche deshalb den Werth pathologischer Erscheinungen erhalten, weil sie in keinem harmonischen Verhältniss zu der Einwirkung der Aussenwelt stehen, sondern spontan auftreten aus Ursachen von Ernährungsstörungen in den psychischen Organen. Unter anderen Bedingungen können traurige Verstimmung sowie Heiterkeit „bis zum Närrischwerden“ ganz normale Erscheinungen sein. Ebenso verhält es sich mit dem Irrthum, den man als charakteristische Leistung der psychischen Störungen ansieht, wie schon der Name Irrsein andeutet. Unter gewissen Bedingungen

ganz normal, z. B. in der Zerstreutheit und leicht corrigirt durch die Sammlung, ist er bei den Geisteskranken pathologisch und gleich jenen traurigen und heiteren Affectphänomenen eine nothwendige Folge der Störung.

Etwas analoges lässt sich sogar hinsichtlich der unmoralischen Begehrungen sagen. Denn auch ihre Vorbilder finden sich wenigstens spurenweise als flüchtige Anwandlungen im Gesunden. Sie werden aber ausgeglichen.

§ 15. Existiren also solche physiologische Vorbilder der krankhaften psychischen Störungen, so haben wir die Grenze zwischen dem Normalen und Pathologischen so streng zu ziehen, als es überhaupt möglich ist. Die allgemeine Pathologie lehrt, dass ein jeder Vorgang, welcher die Leistungsfähigkeit der organischen Theile erheblich und namentlich für längere Dauer alterirt, und die baldige Restitution eines regelmässigen Zustandes hindert, als krankhaft zu bezeichnen ist. Auch die physiologische Störung erreicht verschiedene Grade. Affecte und Gemüthsverstimmungen sind ebenso wie Verwirrungen, Irrthümer, bald oberflächlich, bald aber tiefgreifend. Je stärker z. B. ein Affect, eine Gemüthsverstimmung sind, desto näher rücken sie an die Grenze, wo die Gesundheitsbreite aufhört, aber es ist oft schwer zu bestimmen, ob diese Grenze wirklich überschritten ist, ob schon dasjenige vorliegt, was man eine pathologische Störung nennt. So gewiss nämlich Affecte, welche am ehesten hier in Frage kommen, als normale aus den physiologischen Lebensreizen entspringende Schwankungen, so zu sagen Unterbrechungen in der Stetigkeit des psychischen Lebens darstellen — denn der Satz nil admirari nil metuere ist gänzlich unnatürlich — es gibt eben auch solche Alterationen, die als pathologische Affecte bezeichnet werden. Diese haben aber ihre besonderen Eigenschaften, durch welche sie sich von den ähnlichen physiologischen Affecten unterscheiden. Vor allem ist es die totale Aufhebung des Selbstbewusstseins, welche sie auszeichnet und einerseits für den Augenblick complete Besinnungslosigkeit involvirt, anderseits Amnesie hinterlässt. Die Erheblichkeit der Alteration gibt also hier an sich schon ein Unterscheidungsmerkmal ab. Denn bei den normalen Affecten ist das Selbstbewusstsein nicht gänzlich suspendirt, es ist noch Beherrschung, Sammlung, hinterdrein auch Erinnerung in allerdings beschränktem Maasse möglich.

Auch die Dauer der pathologischen Affecte ist in der Regel länger als bei den nicht krankhaften, aber sie erscheint doch immer-

hin noch viel zu kurz, um den Guislain'schen Satz zu stützen, dass unter Irresein nur chronische Störungen der psychischen Functionen zu verstehen seien. Wachsmuth hat bereits hervorgehoben, dass eine derartige Abgrenzung des psychopathologischen Gebietes ganz willkürlich ist, und selbst der praktisch nüchterne Casper hat — wiewohl er die Annahme der Mania transitoria verwarf, — das Vorkommen solcher kurzer Anfälle von Geistesstörung zugegeben. Was nun das dritte Kennzeichen der krankhaften Störung anlangt, dass sie nämlich die baldige Restitution eines regelmässigen Zustandes hindert, so können zwar physiologische Schwankungen im psychischen Verhalten auch ihre Nachwirkungen haben; den Affecten folgt zumal eine gewisse geistige und selbst körperliche Erschlaffung, aber diese hindert doch nicht, dass der Betroffene sich sammelt, sein umnebelt gewesenes Bewusstsein sich klärt und dass er mit Hülfe der Erinnerung an die Hauptereignisse des Affectzustandes sehr bald eine Analyse des Ganzen von selbst oder auf Vorstellungen hin bewerkstelligen kann. Diese Fähigkeit geht dem vom pathologischen Affecte Betroffenen ab, er fällt in der allernächsten Zeit unter solchen Umständen leicht zurück in denselben, ja später noch ist ihm die Einsicht in das Vorgekommene versagt, da bei ihm die Erinnerung eben, wenn nicht complet fehlend, doch zu summarisch ist, um eine ruhige Kritik des Geschehenen zu ermöglichen.

Und mit dem Irrthume des Gesunden ist es nicht anders, er kann erheblich sein, doch wird er bald beseitigt. Der Irrthum des psychisch Kranken haftet, ja er vervielfältigt sich durch weitere auf ihn gebaute Schlüsse. Es fehlt also nicht nur die Rückkehr des normalen Zustandes, sondern die Störung schreitet noch fort, um eventuell erst mit der Reconvalescenz dem regelmässigen Verhalten zu weichen.

§ 16. Jene pathologischen Zustände nun, von denen oben die Rede war, die an sich betrachtet, eine bestimmte negative Ruhe repräsentiren, kennzeichnen sich hinlänglich als krankhafte Störungen der psychischen Organe. Die Leistungsfähigkeit derselben ist im Vergleiche selbst zu den niederen Typen der Gesundheitsbreite erheblich herabgesetzt, und diese Herabsetzung ist dauernd, die Restitution eines regelmässigen Zustandes unmöglich; wenigstens eine complete Restitution: denn wenn auch durch adäquate psychische Lebensreize (Unterricht der Idioten, humane liebevolle Behandlung der Schwachsinnigen) eine Aufbesserung in der Function des Restes möglich ist, so bleibt der Zustand als Ganzes genommen dennoch

unverändert, ähnlich wie eine cerebrale Hemiplegie trotz Aufbesserung der Function in den gesund gebliebenen Theilen (z. B. durch elektrische Behandlung) im Ganzen eine Lähmung bleibt.

§ 17. Auf dem Träger der Schwäche lastet also stets ein Zwang — daher spricht man von Behaftetsein — er ist deshalb immer im gewissen Sinne unfrei, nicht leistungsfähig. Bei „körperlichen" Leiden und „körperlichen" Schwächezuständen beobachten wir etwas vollkommen Analoges. Was zunächst die Letzteren anlangt, so wird Niemand von einem muskelschwachen Individuum die Leistungen des Normalkräftigen (geschweige denn des Athleten) verlangen oder nur erwarten, weil es unter dem Zwange eines pathologischen Zustandes steht, von welchem dieser frei ist. Bei den krankhaften Processen ist der Zwang womöglich noch eclatanter; ein Fiebernder hat aus leicht begreiflichen Gründen gesteigerten Durst, ein Diabetiker sowohl diesen als vermehrten Hunger, ein Dyspeptischer Bedürfniss nach grösseren Mengen Kochsalz. Nun sind aber Muskelkraft und Geschicklichkeit, Flüssigkeits- und Nahrungsbedürfniss sowie Kochsalzbedarf in der Breite des Normalzustandes sehr variable Grössen. Woher soll das Maass genommen werden, welches entscheidet, dass eine dieser Erscheinungen im gegebenen Falle pathologisch und nicht mehr physiologisch ist? Der Arzt findet dieses Maass, wenn er den Gesammtzustand nach den Regeln untersucht, die seine Wissenschaft vorschreibt, er muss also individualisiren; und gerade so wird er verfahren, wenn er nachweisen soll, ob eine verbrecherische Handlung etc. Folge eines krankhaften Processes sei oder nicht. Die Schwäche, welche mit zwingender Gewalt für das pathologisch beschaffene oder kranke Individuum andere Gesetze dictirt, als die für die Norm geltenden, lässt sich nachweisen, wenn die Diagnose auf eine Gehirnstörung gestellt werden kann. Eine Gehirnstörung, speciell eine solche der Rindensubstanz, muss nothwendig sowohl den krankhaften Zuständen, als den krankhaften psychischen Processen zu Grunde liegen. Und auf der Entscheidung dieser Frage liegt das ganze Gewicht für den Pathologen, mag er damit beschäftigt sein für sich, oder um der öffentlichen Sicherheit willen, die Grenze zwischen Gesundheit und Störung überhaupt oder im concreten Falle zu bestimmen. Dass aber eine solche anatomische oder functionelle Störung nicht blos aus psychischen Symptomen diagnosticirt werden kann, versteht sich von selbst. Es ist nothwendig, dass die ermittelte Gruppe von veränderten Lebenserscheinungen sich eben zu einem pathologischen Gesammtbilde gestalte mit innerem organischen Zusammen-

hang der somatischen und psychischen Krankheitszeichen. Ohne diesen empirischen Grundsatz würde man keinem Verbrecher das Recht versagen dürfen, als Geisteskranker zu gelten und — mit Ideler zu reden — das Gutachten des Experten jenen italienischen Kirchen gleichen, in denen ungestraft jeder Bandit sein Gebet verrichten darf.

§ 18. So kommen wir wieder auf den Satz zurück, dass die psychische Störung ebenso wie jedes andere Leiden einen bestimmten Sitz hat.

Die Anomalien der Gehirnrinde, welche den psychischen Störungen zu Grunde liegen, sind entweder Fehler in der Form oder Fehler in der Mischung. In die erste Gruppe der Anomalien gehören die grob mechanischen Störungen, welche sich schon dem ersten Blick und der ersten Betastung verrathen (Atrophie, Schwellung, Erweichung etc.), weiterhin die pathologisch-histologischen Veränderungen, welche durch die mikroskopische Untersuchung nachgewiesen werden (Degenerationen der Ganglienzellen, Gefässe, Bindesubstanz etc.). Die Mischungsanomalien werden durch die chemische Analyse festgestellt (vermehrter oder verminderter Gehalt an Wasser, Fett, Eiweiss, Phosphor? etc., Vorkommen chemischer Körper, welche der normalen Hirnsubstanz fehlen etc.). Den functionellen Störungen, die sich durch keine der genannten Untersuchungsmethoden, sondern nur aus den Functionsanomalien selbst zu erkennen geben, liegen Veränderungen in den specifischen Elementen der Hirnrinde zu Grunde, welche den Hülfsmitteln unserer Untersuchung sich dermalen noch entziehen. Immerhin ist gegenüber diesen auch dynamische Störungen genannten Anomalien nicht zu vergessen, dass sie recht wohl zu den Gruppen der Form- und Mischungsfehler zu stellen sein mögen. Denn wir wissen, dass z. B. Hyperämien der Gehirnrinde sich gleich denjenigen äusserer Theile — wie Haut und Conjunctiva — nach dem Tode verlieren können, dass fernerhin gewisse schädliche Stoffe, die in den Geweben notorisch vorhanden sind, z. B. eingeführte Gifte oder im Körper producirte toxisch wirkende Stoffe sich so rasch zersetzen, dass die chemische Analyse immer zu spät kommt, wenn, wie bei den Hirnkrankheiten selbstverständlich ist, nur die Substanzen des todten Körpers ihrer Untersuchung zur Disposition gestellt werden können.

§ 19. Man muss sich aber sehr wohl davor hüten, etwa Rindenerkrankungen für identisch mit psychischen Störungen zu halten. Zuvörderst ist unsere Kenntniss von den pathologisch-anatomischen Ver-

änderungen, welche dem Irresein entsprechen, noch nicht vollkommen genug, um eine anatomisch-physiologische Classification der einzelnen Formen psychischer Störung zu gestatten. Freilich fehlt es nicht an Versuchen dazu, allein diese Eintheilungen haben sich keinen anderen Werth als eben denjenigen von Versuchen zu erwerben vermocht. (Bayle, Pinel, Calmeil, Sinogowitz, Albers.) Wir sind daher bis zur Stunde noch in der nicht gerade erfreulichen Lage, die psychische Störung als einen psychologischen Symptomencomplex gewisser Rindenerkrankungen des Gehirns darzustellen, ähnlich wie die Neuropathologie überhaupt von Neurosen als (functionellen) Symptomengruppen gewisser Krankheiten lehrt, während sie andererseits auch von den anatomischen Nervenerkrankungen handelt. So war man denn wohl berechtigt, von einer Pathologie der Psychosen (Flemming) zu sprechen.

In keiner anderen Theorie der psychischen Störungen trat die symptomatische Auffassung schärfer hervor, als in derjenigen von Jacobi, welcher nur von den mit Irresein verbundenen Krankheiten redete — eine Bezeichnung, die W. Nasse, Albers u. A. adoptirten. So schien die Gehirnerkrankung (fehlerhafterweise) ganz untergeordnet und eine anderweitige Affection des Körpers die Hauptsache zu sein.

§ 20. Anatomische Krankheiten und Symptomencomplexe sind selbstverständlich unter einander incommensurabel. Wenn man aber enger den Zusammenhang der Rindenerkrankungen und der psychischen Störungen bestimmen soll, so muss man sagen, es sind die ausgebreiteten die diffusen (Griesinger) Krankheiten dieser Organisation, welche den Psychosen zu Grunde liegen. Wenn rein herdartige Hirnkrankheiten Störungen der psychischen Verrichtungen mit sich bringen sollen, so müssen sie im Stande sein, Wirkungen auch über den Bereich ihres Sitzes selbst hinaus hervorzubringen, z. B. durch Steigerung des Druckes im Schädel, durch Circulationsänderungen, durch fortschreitende Entzündungen etc., also wieder diffuse Störungen. Wie weit sich indessen die Ausbreitung einer Rindenerkrankung erstrecken müsse, um psychische Störung hervorzubringen, ist doch wieder schwierig zu bestimmen. Dass die Erkrankung einer oder weniger Windungen — selbstverständlich der Rinde derselben — mag sie anatomisch oder functionell sein, noch nicht psychische Störung herbeiführt, liegt auf der Hand. Aphasie, Parese nach Rindenverletzung, Hallucinationen (Reizung corticaler Sinnesflächen) heisst man nicht psychische Alienationen.

§ 21. Während also die sicher als herdartig zu bezeichnenden Affectionen der corticalen Hirnsubstanz an sich noch nicht Geisteskrankheit herbeiführen, liegt die Frage schon anders bei solchen Läsionen, welche das Hirn einschliesslich der grauen Rinde in grösserer Ausdehnung betreffen, so dass man sie sowohl den herdartigen als den diffusen Erkrankungen zurechnen kann: die Affectionen ganzer Lappen, zumal wenn sie doppelseitig sind, diejenigen einer ganzen Hemisphäre oder doch der überziehenden Rinde solcher Hirnabschnitte. Was die lobären Krankheiten anlangt, so hat schon Schröder van der Kolk angegeben, dass er bei eigentlicher Verstandesverwirrung auch allemal die Rindenschichte unter dem Stirnbein, bei melancholischer Verstimmung diejenige der „oberen" und hinteren Lappen verändert gefunden. Blödsinn fällt nach L. Meyer, Meynert u. A. mit Atrophie der Stirnlappen zusammen. Fothergill will Melancholie geradezu als den Effect von Anämie in den Hinterlappen betrachtet wissen. Bei halbseitigen Grosshirnaffectionen, den Schwellungen, Schrumpfungen einer Hemisphäre, halbseitigen Meningitiden etc. wurden allerdings öfter (Hämatome!) psychische Störungen beobachtet, allein hier wissen wir niemals, welche Veränderungen in der Ernährung der Krankheitsprocess einer Hemisphäre in oder auf der benachbarten mit sich brachte. Fest steht indessen, dass Krankheitszustände, nämlich die Residuen von traumatischen Zerstörungen einer Hemisphäre von der Oberfläche her ausser leichter Ermüdlichkeit beim geistigen Arbeiten keinerlei psychische Anomalien mit sich bringen müssen (Ferrus, Longet, Porta).[1])

Es muss dagegen als erwiesen betrachtet werden, dass eine völlig diffuse Störung der Hirnrinde, mag sie anatomisch, chemisch oder „functionell" sein, jedesmal auch psychische Störung herbeiführt, d. h. die Gefühle, Vorstellungen und Strebungen zusammen alterirt.

Und diese Umänderung aller fundamentalen Lebensäusserungen der psychischen Organisation ist integrirender Bestandtheil jeder Geistesstörung, wie sie auch klinisch — nach dem Vorwalten einzelner Symptomencomplexe — genannt werden mag.

Die Lehre von den Monomanien ging bekanntlich von der irrigen Annahme aus, dass ein Individuum nur an einer fixen Idee, einem

1) In diesen Fällen handelte es sich bald um die linke bald um die rechte Hemisphäre. Künftig ist bei analogen Substanzverlusten jedenfalls festzustellen, ob Linkshändigkeit oder Rechtshändigkeit bestand. Im ersteren Falle würde wahrscheinlich die Läsion der linken, im zweiten diejenige der rechten Hemisphäre ohne wesentliche Folgen für die psychischen Verrichtungen bleiben.

krankhaften Triebe leiden, im übrigen aber völlig normal functioniren könne. Ebenso war die Phrenologie, indem sie Organe für gewisse Fähigkeiten für „individuelle Intelligenzen" an der Gehirnoberfläche annahm, vom morphologisch physiologischen Standpunkte aus einer solchen Hypothese günstig. Beide Doctrinen sind jetzt in sich selbst zusammengefallen, aus der Wissenschaft gänzlich verschwunden. Die moderne Physiologie des Grosshirns, welche die Lehre Flourens' die Hemisphären ständen mit ihrer ganzen Masse gleichmässig ein für die ihnen eigenthümlichen Functionen insgesammt, als unhaltbar erkannte und eine Organologie der Hirnoberfläche begründete, die sich zur Gall'schen Phrenologie nach Henle's treffendem Ausdrucke verhält, wie die geologische Durchforschung eines Landstriches zu dessen Katastervermessung, erklärt nun vollkommen, wie bei diffusen Rindenerkrankungen von einzelnen besonders heftig afficirten Gruppen corticaler Elemente hervorstechende Elementarerscheinungen geäussert werden können.

Kleine Zellenterritorien können bei diffusen Rindenanomalien excessiv functioniren oder unfähig zu den specifischen Verrichtungen geworden sein und so ein positives oder negatives Elementarsymptom, das unter Umständen pathognomonisch für die (empirische) Form der Psychose ist, in das Krankheitsbild einführen, immerhin bleibt dasselbe nur Bestandtheil einer ganzen Gruppe von krankhaften Lebensäusserungen. Auch bei denjenigen Hirnaffectionen, welche wir oben als lobäre Rindenerkrankungen bezeichneten, handelt es sich niemals etwa um „Verstandesstörungen" allein oder lediglich um „Gemüthsstörungen". Die sogenannten psychischen „Vermögen" hängen untereinander zu innig zusammen, als dass bei Veränderungen in den organischen Substraten des einen Vermögens das andere vollkommen intact bleiben könnte. Wenn man daher von Geisteskrankheiten einerseits, von Gemüthskrankheiten anderseits spricht und üblicher Weise beide Formen der Störung auch strenger auseinanderhält, so ist damit nur gesagt, dass gewisse Functionen der Hirnrinde ganz vorzugsweise alterirt sind, nicht aber, dass die anderen völlig normal von Statten gehen. Bei diffusen Erkrankungen grösserer mit bestimmten complicirten Verrichtungen betrauter Abschnitte der Hirnrinde (Lappen) kann schon rein functionell die übrige Rinde in Mitleidenschaft gezogen werden, da die fehlerhafte Thätigkeit des einen Abschnittes diejenige des anderen modificirt. Eine Intelligenzstörung involvirt ja nothwendig bestimmte Gemüthsanomalien und umgekehrt bleibt keine Alteration des Gemüthes ohne Folgen für die Vorstellungsprocesse. Mag nun diese functionelle Mitleidenschaft

krankhafte Reizung oder mangelhafte Anregung sein, das Leben in den Elementen der Hirnrinde setzt einen maassvollen Wechsel von Ruhe und Thätigkeit voraus und jede erhebliche Abweichung in dem einen wie in dem anderen Sinne bedroht die organischen Substrate der psychischen Verrichtungen um so mehr, je länger sie anhält. Wenn daher eine Ernährungsstörung in der Hirnrinde eine gewisse Dimension erlangt hat, so ist die weitere Ausbreitung schon gesichert; sie bringt, wenn auch von vorn herein vielleicht auf gewisse grössere Territorien beschränkt, bald einen analogen Effect hervor, wie diejenige Alteration, welche gleich als völlig diffuse Erkrankung der Rindensubstanz aufgetreten ist.

Die Quellen der allgemeinen Psychopathologie.

§ 22. Da die allgemeine Psychopathologie einen Theil der allgemeinen Pathologie überhaupt ausmacht, wird sie nothwendigerweise auch aus denselben Quellen wie diese schöpfen müssen; sie geht daher von der Beobachtung der Krankheitsfälle aus, sie benutzt die Ergebnisse der physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden, der Experimentalforschung und der pathologischen Anatomie. Noch speciell für die allgemeine Psychopathologie wichtig erweist sich die sonst von der generellen Krankheitslehre wenig berücksichtigte Anthropologie, eine Wissenschaft, die heute wohl als ein Zweig der Naturforschung mit vollem Rechte betrachtet werden kann. An die Anthropologie dürfte sich sodann durch Vermittelung der Völkerkunde die Culturgeschichte anschliessen.

Die **Beobachtung am Krankenbette** (oder an Krankheitsfällen) ist die Basis aller psychopathologischen Erkenntniss. Von ihr gehen sämmtliche Untersuchungsmethoden wie vorgestreckte Fühlfäden aus und die Erhebung des Leichenbefundes hat nur Sinn und Verstand, wenn vorher eine Feststellung der vitalen Krankheitserscheinungen der Gehirnstörung stattgefunden hatte.

Das Studium der Krankheitserscheinungen und ihrer Ursachen sowie ihrer Verlaufsweise beginnt aber für die allgemeine Psycho pathologie nicht erst an den in den Irrenanstalten zur Aufnahme gekommenen Fällen von „idiopathischem“ Irresein, sondern selbstverständlich bereits mit den psychopathischen Symptomen, welche — man gestatte einmal den Gegensatz — an körperlich Leidenden beobachtet werden. Es müssen also sämmtliche Krankheitsprocesse,

welche, wie man sich hergebrachtermassen ausdrückt, consensuelles Irresein mit sich bringen, z. B. die Krankheiten des Blutes, die Affectionen anderer Körpertheile, namentlich diejenigen des peripherischen Nervensystems mit in den Kreis der Betrachtung hineingezogen werden. Nur auf diesem Wege ist es möglich, ausreichenden Aufschluss über die Bedingungen zu erhalten, unter welchen psychische Störungen überhaupt entstehen; nur so kann die schwierige Frage beantwortet werden, welche Processe in der Hirnrinde es sind, die den pathologischen Lebensäusserungen dieser Organisation zu Grunde liegen. Von den febrilen und alkoholischen Delirien kann also in der allgemeinen Psychopathologie nicht wie von „Analogien“ psychischer Störungen die Rede sein, denn sie sind — wenn auch nicht abgeschlossene Irreseinsformen — so doch in That und Wahrheit Anomalien der seelischen Processe.

Die Beobachtung am Krankenbette wird im einzelnen Falle immer die sämmtlichen das Symptomenbild zusammensetzenden Erscheinungen durch die ihr zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden festzustellen und namentlich die körperlichen Störungen, die mit den psychischen Anomalien coincidiren, nach allen Richtungen hin zu verfolgen haben, damit sie, nachdem die bis zur Aufnahme des Status praesens abgelaufene Geschichte des Falles ermittelt ist, eine möglichst klare und vollständige Vorstellung von der Natur des Leidens sich bilden könne.

§ 23. **Die medicinische Physik**, einer der vornehmsten Wissenszweige der allgemeinen Pathologie gibt uns eine Reihe wichtiger Hülfsmittel der psychopathologischen Erkenntniss in die Hand.

Körperwägung.[1])

Wir betrachten zunächst die Resultate der Körperwägung. Durch die Wage konnte erst in exacter Weise bestätigt werden, was frühere Forscher (Esquirol u. A.) über die Schwankungen des Körpervolums im Verlaufe und in der Reconvalescenz von psychischen

1) Literatur: Erlenmeyer, Die Gehirnatrophie d. Erwachsenen. II. Aufl. Neuwied. 1854. S. 38. — Derselbe, Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. XIX. 1862. S. 628. — Albers, Deutsche Klinik. 1854. 32. — Derselbe, Memoranda d. Psychiatrie. Weimar. 1855. S. 49. — Schulz, Deutsche Klinik. 1855. 9. — Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XVI. 1859. S. 541. — Lombroso, Klinische Beiträge zur Psychiatrie. Deutsch v. Fränkel. Leipzig. 1869. S. 1. — B. Stiff, Ueber d. Verhalten d. Körpergewichtes bei Geisteskrankh. Diss. Bonn. 1872. Virchow's Jahresbericht. 1872. II. S. 7. — L. Meyer, Ueber circuläre Geisteskrankh. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 139.

Krankheitsprocessen beobachtet hatten. Gleichwie eine äusserlich wohl begründete psychische Verstimmung Aenderungen in dem Ernährungshaushalt des Körpers nach sich zieht, so bringen auch die unmotivirten Gemüthsverstimmungen Nutritionsanomalien zu Stande, welche sich aus dem Verhalten des Körpergewichtes erkennen lassen. Von Erlenmeyer, Schulz, Albers, Nasse, Lombroso, L. Meyer u. A. sind wir genauer über den Gang des Körpergewichtes in psychischen Krankheitsprocessen unterrichtet worden. Das wichtigste Resultat dieser klinischen Untersuchungen ist, dass im Beginne acuter Psychosen das Körpergewicht sinkt, mögen dieselben Depressions- oder Exaltationszustände bedeuten. Es scheint dieses Sinken bei Melancholikern nicht an der Veränderung in der Nahrungsaufnahme zu liegen, welche bei ihnen öfter durch Sitophobie herbeigeführt wird. Denn bei künstlicher Fütterung mit der Schlundsonde konnte Nasse zwar das rasche Sinken der Eigenschwere mässigen, nicht aber demselben Einhalt gebieten. Tiefere Störungen der Assimilation und des Stoffwechsels müssen es doch wohl sein, welche dieser Erscheinung zu Grunde liegen. Denn an der Nahrungsaufnahme fehlt es bei Tobsüchtigen oft genug keineswegs, da sie ja bekanntlich Speisen häufig — eine Art Tobsucht der Schlingwerkzeuge — massenhaft verschlucken. Die Abnahme des Körpergewichtes kommt, wie Stiff und L. Meyer fanden, nur einer bestimmten Form der Manie nicht zu, nämlich derjenigen, welche im Verlaufe der Folie circulaire auftritt und gerade im Gegentheil eine Steigerung der Eigenschwere mit sich bringt.

Eine weitere wichtige Thatsache, welche vermittelst der Wage festgestellt wurde, ist die Zunahme des Körpergewichtes um die Zeit, wo die krankhaften Processe in ihrem Verlaufe eine Aenderung erfahren, d. h. zur Heilung sich anschicken oder auf den Verfall hinarbeiten. In der Reconvalescenz sowohl als beim Beginne der aus den (primären) Processen hervorgehenden (secundären) Schwächezustände pflegt die Wage wieder höhere Zahlen aufzuweisen.

Erlenmeyer hat dieses Verhalten für die Diagnostik und Prognostik der in die Beobachtung eingetretenen Fälle zu verwerthen gesucht. Die im Vergleiche zum Körpermaasse von vornherein zu schwer befundenen Fälle sind die unheilbaren. Wenn in den ersten Zeiten das Körpergewicht nicht sinkt, so hat man keinen Kranken vor sich, der an einem (primären) psychopathischen Processe leidet, sondern ein Individuum, welches schon früher einem pathologischen Zustande verfallen war, nur jetzt an einer acuten Cerebralaffection erkrankt ist.

Kopfmessung.[1])

§ 24. Bandmaass, Tasterzirkel und eigens zum Zwecke der Kopfmessung construirte Instrumente (Obernier) sollen intra vitam bereits anatomischen Aufschluss geben über die Raumverhältnisse des Schädels, welche nach Virchow's bahnbrechenden Untersuchungen bestimmte Schlüsse auf die Beschaffenheit des Gehirns zulassen. Die Hauptsache ist für diese Untersuchungsmethoden der Nachweis, ob das erkrankte Individuum schon vorher Träger gewisser pathologischer Hirnzustände war, welche notorisch dem Eintritte pathologischer Processe Vorschub leisten, d. h. ob der Schädel allgemein zu weit, allgemein verengt, partiell stenosirt ist und wie sich die compensatorischen Wachsthumsresultate stellen, ob Asymmetrien vorhanden sind. Näheres über diese Verhältnisse, um deren Klärung sich, ausser früheren Beobachtern Virchow, Seifert, Voppel, Stahl, Boyd, Obernier, W. Krause, Lombroso verdient gemacht haben, werden wir später bei der allgemeinen pathologischen Anatomie und Physiologie der psychischen Störungen angeben.

Thermometrie.[2])

§ 25. Die Thermometrie, welche sich in der modernen Medicin rasch zur Herrscherin in der Semiotik grosser Krankheitsgruppen

1) Literatur: Virchow, Gesammelte Abhandlungen. Frankfurt. 1856. Bd. VII. S. 883. — Derselbe, Untersuchungen d. Schädelgrundes. Berlin. 1857. — Stahl, Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. XI. 1854. S. 545; Bd. XII. 1855. S. 599; Bd. XVI. 1859. S. 1. — Seifert, ibidem. Bd. XI. 1854. S. 198. — Voppel, ibidem. Bd. XIV. 1857. S. 175. — W. Krause, Zeitschr. f. ration. Med. 1858. S. 73. — Griesinger, Pathol. u. Ther. d. psych. Krankh. II. Aufl. S. 352 ff.; S. 423 ff. — Obernier, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXI. 1864. S. 465; Bd. XXIII. 1866. S. 50. — Boyd, Virch. Jahresb. 1864. Bd. III. S. 3. — Lombroso, a. a. O. S. 9. — L. Meyer. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 96.

2) Literatur: Wachsmuth, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XIV. 1857. S. 532. — L. Meyer, Charité-Annalen. VIII. 2. — Ziegler, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXI. 1864. S. 184. — v. Krafft-Ebing, ibid. Bd. XXV. 1868. S. 325. — Güntz, ibid. S. 165. — Löwenhardt, ibid. S. 685. — Westphal, Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. I. 1868. S. 44, 204 u. 337. — Werle, Virch. Jahresb. 1867. Bd. II. S. 12. — Williams, ibid. — Wolff, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIV. 1867. S. 415. — Schüle, ibid. S 316. — Clouston, Virch. Jahresb. 1868. Bd. II. S. 10. — Gibson, ibid. S. 8. — Ulrich, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXVI. 1869. S. 761. — Hawkes, Virch. Jahresb. 1872. S. 7. — Mickle, ibidem. — Albers, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. XVIII. 1861. S. 450. — Mendel, Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Bd. II. S. 228.

aufgeschwungen und bekanntlich auf dem Gebiete der Neurosen (Tetanus, Hysterische Paroxysmen, vasomotorische Affectionen, Verletzungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata) wesentliche Erweiterungen der pathologischen Erkenntniss geschaffen hat, lieferte auch der allgemeinen Psychopathologie einige nicht unwichtige Resultate, nachdem sie als Untersuchungsmethode in dieselbe durch Wachsmuth eingeführt worden war. Schon die thermometrische Fieberlehre an sich hat ja für bestimmte, die Norm überschreitende Grade der Eigenwärme bestimmte Grade der Hirnstörung — deren wir nach Liebermeister vier unterscheiden — festgestellt. Anderseits wissen wir, dass tiefere Senkungen unter die Normaltemperatur von gewissen psychischen Veränderungen begleitet sind, wie am besten der Symptomencomplex des Collapses veranschaulicht. Die volle Berechtigung nach dem Einflusse der psychischen Störungen auf die Körperwärme zu forschen, geht aus der pathologischen Hypothese hervor, dass im Gehirn Apparate zur Regulirung der Temperatur vorhanden sind.

Die Angabe von Wachsmuth, dass die Melancholie mit einer geringen Senkung der Temperatur verlaufe, wurde durch O. J. B. Wolff bestätigt, welcher fand, dass bei Melancholia attonita, melancholischem Wahnsinn, bei apathischem oder melancholischem Blödsinn Temperaturen von 36,0—37,1 die Regel bilden. Nach Williams, der bei Psychosen überhaupt niedere Eigenwärme und zwar um so erheblichere, je tiefer die psychische Störung war, constatirte, ist die Temperatur im melancholischen Vorstadium und in der Schwermuthsperiode der Folie circulaire herabgesetzt und kann bei Melancholie mit Stupor bis auf 34,5—35,0° C. sinken. Ganz ähnliche, ja noch tiefere Senkungen der Eigenwärme auf 35,0—32,5° C. wurden von Löwenhardt bei eigenthümlichen Formen von Manie beobachtet, was in Hinsicht auf die Resultate von Werle wichtig erscheint, welcher sich nicht von dem Bestehen durchgreifender Unterschiede in der Temperatur bei Depressions- und Exaltationszuständen überzeugen konnte. Dagegen bezeichnet Wolff eine leichte, aber constante Temperatursteigerung als charakteristisch für die Manie, ähnliches behauptet auch Clouston sowie Williams wenigstens für den Beginn der Exaltationszustände. Nach Wolff bringen besonders Tobanfälle und in gleicher Weise die Melancholia activa Temperatursteigerung hervor, eine Behauptung, die mit einem von Ziegler beschriebenen Falle übereinstimmt, in welchem Erhebungen der Temperatur bei einer periodisch aufgeregten muskelthätigen Kranken zur Zeit der Unruhen gefunden wurden. Ein derartiges Zustandekommen

von Temperatursteigerung durch Muskelbewegungen wird von Werle in Abrede gestellt; auch von Westphal ist nachgewiesen worden, dass die Fieberbewegungen bei den Anfällen der Paralytiker nicht auf dieser Ursache beruhen können, da sie auch mit Bewusstlosigkeiten ohne Convulsionen sich einstellen (wie auch nach Rosenstein die Temperatur bei urämischen Anfällen sowohl während der Convulsionen als während des Coma erhöht ist). Dieses Fieber ist vielmehr nach Westphal als ein von Erkrankungen der Luftwege (Fehlschlucken) ausgehendes zu erklären, womit zugleich die Ansicht L. Meyer's widerlegt ist, dass es seinen Ursprung gewissen entzündlichen Processen im Schädel verdanke. Proagonische und agonische beträchtlichere Temperatursteigerungen, welche sich den gleichen auch bei anderen Krankheiten constatirten (Erb, Wunderlich) Erscheinungen analog verhalten, beobachtete v. Krafft-Ebing bei Dämonomanie und Paralyse. Schüle fand bei dem perniciösen Delirium acutum Fieberbewegungen bis über 40,0. Ueber die Tagesschwankungen der Temperatur Geisteskranker hat Wolff einige Angaben gemacht, welche deshalb von besonderem Werth sind, weil sie auf langjährigen Beobachtungen basiren. Im allgemeinen ist der Temperaturgang Geisteskranker atypisch, so dass bald früh, bald Abends, meistens jedoch kurz nach Mittag die höchste Ziffer getroffen wird. Individuen, die an Melancholia passiva leiden, kühlen Nachts stark ab bis auf 35,6° C. und es beginnt diese Senkung der Eigenwärme schon gegen Abend sich geltend zu machen. (Clouston erhielt andere Resultate; seine Methode ist aber nicht zuverlässig, da er nur Mittags und spät Abends mass und blos 4 Minuten lang das Thermometer liegen liess.)

In Bezug auf die topographischen Abweichungen der Temperatur bei Geisteskranken — mit welchen sich schon früher Albers beschäftigt hatte — theilte Mendel mit, dass die Differenz zwischen der Eigenwärme in der Achselhöhle und dem Gehörgang eine wechselnde bei Geisteskranken, eine constante bei Gesunden sei. Man finde bald Verminderung, bald Vermehrung der Temperatur im Porus acusticus gegenüber der Körperwärme.

Sphygmographie.[1])

§ 26. Der rasche Aufschwung, welchen die Erfindung des Sphygmographen in der pathologischen Pulslehre begründete, blieb

1) Literatur: O. J. B. Wolff, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1866. Bd. XXIII. S. 707. — Derselbe, ibid. Bd. XXIV. 1867. S. 409 u. 586; Bd. XXV. 1868. S. 305 u. 730; Bd. XXVI. 1869. S. 273 u. 629. — Schröder, ibid. Bd. XXV.

nicht ohne günstige Einwirkung auf die allgemeine Psychopathologie, für welche die Sphygmographie durch die gründlichen Untersuchungen von O. J. B. Wolff zu einer ergiebigen Quelle der Erkenntniss herangebildet wurde. Man kann nicht sagen, dass dieses Gebiet der Semiotik in der Psychopathologie bis dahin ein unbebautes geblieben wäre; denn es waren eine Reihe von Angaben aus alter und neuer Zeit über die Veränderungen des Pulses durch Gemüthsstimmungen und psychische Störungen vorhanden; die physiologisch-pathologische Fassung und Begriffsbestimmung aber wurde erst durch Wolff's weitgreifende Untersuchungen in wissenschaftliche Form gebracht. Wolff ist deshalb als der Begründer der psychopathologischen Pulslehre zu bezeichnen.

Der normale Radialpuls Gesunder ist der (katatrikrote) Pulsus celer, auf welchen Nahrungsaufnahme, die Körperbewegung, die Körperwärme, die Respiration, Gemüthsbewegungen, Schreck etc. in bestimmter typischer Weise verändernd einwirken. Im Alter erleidet der Puls bestimmte Modificationen, so dass Wolff dem gemeinen Mannespuls den Greisenpuls gegenüberstellt. Die Eigenschaften desselben sind: grössere Celerität, grössere Mächtigkeit der ersten secundären Welle, Tiefstand der im Vergleich zur ersten klein und spitzwinklig erscheinenden zweiten secundären Welle, endlich geringe Influenzirbarkeit des Pulsbildes durch gemüthliche Eindrücke, Wärme, Kälte, Nahrungsaufnahme entsprechend der geringeren Erregbarkeit des Greisenalters überhaupt.

Gegenüber diesen normalen physiologischen Pulsphasen steht der Puls der Geisteskranken vorgerückterer Stadien, namentlich der in Schwächezustände verfallenen. Die vasomotorische Parese dieser Kranken bringt eine charakteristische Tardität des Pulses hervor, so dass die pathologische Norm der Geisteskranken der Pulsus tardus bildet. Die Pulsphasen der Geisteskranken zeigen eine eigene für Nervenkranke überhaupt charakteristische Reihe von Metamorphosen, deren letzte der Pulsus tardus ist. Wolff hat eine Reihe von Pulstypen dieser Kranken aufgestellt, welche dem Verfalle der vasomotorischen Kräfte entsprechen. Wenn man die physiologische Norm den Pulsus celer tricrotus zum Ausgangspunkt nimmt, so folgen die neuro- und psychopathologischen Phasen des Pulsus tardodicrotus, tardus planus, rotundotardus, monocrototardus als bestimmte Entwickelungsstufen vasomotorischer Schwäche. Die letzten Typen sind diejenigen des

1868. S. 850 (auch Löwenhardt, ibid. S. 685). — Rothhaupt, Pulsformen d. Paralytiker. Diss. Erlangen. 1874. — Mendel, Tageblatt d. Grazer Naturforscherversamml. 1875. S. 80.

tiefsten psychischen Verfalles, mit welchem die complete vasomotorische Lähmung zusammentrifft. Der Pulsus tardus planus ausgezeichnet durch enorm stumpfe „ebene“ (planus) Gipfelwelle, Fehlen der ersten secundären und Verlängerung der zweiten secundären Welle bildet also den Mittelpunkt der psychopathologischen Pulsphasen, daher auch von Wolff „Tardus communis“ genannt, indem die anderen Typen sich einerseits der Norm, anderseits der vollkommenen Paralyse annähern. Aus dem Pulsbild ergibt sich somit in gewissem Sinne die Diagnose und Prognose der Geistesstörungen. Denn in Fällen, die wirklich heilen, werden zu keiner Zeit des Verlaufes andauernd tarde Pulsphasen beobachtet und weiterhin haben Kranke, die in secundäre Zustände verfallen, schon zu einer Zeit, da mit den gewöhnlichen Hülfsmitteln noch kein Urtheil möglich ist, bereits die für die Schwächezustände charakteristischen tarden Pulsbilder aufzuweisen. In heilbaren Fällen tritt mit völliger Genesung, auch völlig normaler Puls ein. Und blos der Eintritt eines Pulsus celer ist gleichwerthig mit completer Heilung.

Die Erregung wirkt auf die pathologischen Pulsphasen in höchst interessanter Weise ein. Sie kann eine peripherische, z. B. Kälte, oder centrale Erregung (Gemüthsbewegung) sein, ihr Einfluss bleibt sich gleich: die tarden Pulsphasen werden durch sie umgewandelt in diejenigen des Pulsus celer. Aus dem tardodicrotus wird ein tricrotus, aus dem gemeinen tardus eine dem Greisenpulse analoge Phase. Durch die Erregung kann also die psychopathologische Norm des Pulses verdeckt und die physiologische Norm vorgetäuscht werden. Es ist deshalb bei vorgeschrittenen Psychosen aus einem Pulse, der sich dem Normalpulse nähert, auf Erregung zu schliessen und umgekehrt bei Erregung ein solcher Puls zu erwarten. Durch Beseitigung des Erregungsmomentes kann man die pathologische Norm des Pulses herstellen, mithin den krankhaften Process entlarven!

Ophthalmoskopie.[1])

§ 27. Der Augenspiegel, dessen hohe diagnostische Bedeutung für gewisse intracranielle Krankheiten (Meningitis tuberculosa, Gehirn-

1) Literatur: G. Ludwig, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XIII. 1856. — Wendt, ibid. Bd. XIX. 1862. S. 392. — Derselbe, ibid. Bd. XXV. 1868. S. 137. Westphal, Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. I. 1868. S. 44. — Tebaldi, ibid. Bd. III. S. 228 (Referat). — Jehn, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXX. 1874. S. 519. Vgl. auch Jahresber. für Ophthalmologie v. Nagel für 1870—72. Tübingen. 1872—74.

congestion, Tumoren etc.) allgemein anerkannt ist, wenn wir auch nicht der ophthalmoskopischen Untersuchungsmethode mit Bouchut den zuvielversprechenden Namen „Cerebroskopie“ zuertheilen können — hat schon verhältnissmässig frühe auf dem Gebiete der allgemeinen Psychopathologie seine Thätigkeit begonnen. Allein die Literatur, welche sich seit den ersten Mittheilungen von G. Ludwig entwickelt hat, ist nicht im Stande gewesen, analoge feste Regeln für die ophthalmoskopische Diagnose der psychischen Störungen aufzustellen, wie solche für andere Hirnkrankheiten bereits gefunden worden sind.

Ludwig hatte hervorgehoben, dass in einer kleinen Anzahl untersuchter Fälle wechselnde psychische Erregungserscheinungen mit wechselnden Füllungszuständen der Augenhintergrundgefässe zusammenfielen. Wendt bestätigte diese Angabe im allgemeinen. Er hatte sich an einer grösseren Reihe von Kranken überzeugt, dass Hyperämie und Stauung im Gebiete der Retinalvenen zwar öfter, aber nicht regelmässig die Fluxionen zum Gehirn und die vorübergehenden Circulationsstörungen in denselben (namentlich bei maniakalischen und gehäuften epileptischen Anfällen) begleiteten. Aehnliche Resultate in Bezug auf Congestionen bei Melancholie, Manie und Wahnsinn erhielt neuerdings auch Jehn. Tebaldi fand bei chronischen recidivirenden Zuständen von Gehirncongestion erweiterte und geschlängelte Netzhautvenen und behauptete bei chronischem Alkoholismus gehe die Netzhauthyperämie der venösen Stase am Augenhintergrunde voraus. Monti gab als charakteristisch für schwere Melancholie und Manie die Congestion der Papille und der Netzhaut aus. Noyes wollte in $^2/_3$ der Fälle von acuter und subacuter Manie Netzhaut- und Opticushyperämie gefunden haben. Schon Wendt hatte auf den geringen Werth der auf die Blutfülle bezüglichen Befunde hingewiesen und Jehn hat diesen Satz kürzlich bestätigt.

Auch über die Beziehungen tiefer greifender Läsionen wie Neuroretinitis und Sehnervenatrophie zu gewissen Psychosen lässt sich nichts Bestimmtes aussagen, denn gegenüber den Behauptungen Albutt's und Tebaldi's, dass weisse Atrophie des Opticus als Ausgang einer entzündlichen Erweichung bei Paralysis progrediens ziemlich regelmässig vorhanden sei, betonen eine Reihe von Forschern: Graefe und Westphal, Galezowski, Billod, Sämisch, Mandelstamm und Jehn die Inconstanz dieses Befundes.

Mit Köstl und Niemetschek aus angeborenen Sehnervenanomalien auf Bildungsfehler der mittleren Hirnblase zu schliessen, ist nach Wendt deshalb unberechtigt, weil öfter derartige Befunde auch bei psychisch normalen Individuen sich ergeben.

Wenn Tebaldi angibt, dem Idiotismus kämen dünne Netzhautgefässe und Sehnervenatrophie zu, so steht dieser Behauptung die Ansicht von Monti gegenüber, dass die ophthalmoskopischen Bilder nichts charakteristisches haben.

Schliesslich muss noch hervorgehoben werden, dass Wendt niemals einen Zusammenhang von optischen Illusionen mit ophthalmoskopischen Veränderungen nachzuweisen vermochte.

Otoskopie.[1])

§ 28. Die physikalische Untersuchung des Gehörapparates mit dem Ohrenspiegel (mit dem elektrischen Strome siehe weiter unten) hat durch Köppe's Arbeit einen nicht unwichtigen Beitrag zur allgemeinen Psychopathologie geliefert. Die Pathologie der Hirnkrankheiten schätzt diese Untersuchungsmethode deshalb besonders hoch, weil notorisch Krankheiten des Mittelohres sich gern auf die Schädelbasis fortpflanzen, und namentlich circumscripte Eiterung der Meningen, sowie Sinusthrombose hervorrufen (Griesinger, Ges. Abhandl. Bd. I. S. 444). Dass aber die Sinusthrombose ausser anderen Hirnsymptomen psychische Störungen, z. B. Melancholie herbeiführen kann, wissen wir durch Griesinger und L. Meyer (Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. XXII. S. 444). Der Werth der otoskopischen Untersuchung wird noch durch die Erfahrung erhöht, dass Ohrenleiden überhaupt, auch ohne anatomische Läsionen nach sich zu ziehen, leicht Hirnerscheinungen veranlassen, dass fernerhin die Einbusse des Gehörs im frühen Alter bestimmte schwere Folgen für die Entwickelung des psychischen Lebens und selbst bei erwachsenen Individuen noch eigenthümliche psychische Phänomene (Misstrauen, einen leichten Grad des Verfolgungswahnes) nach sich ziehen können.

Köppe fand, dass Krankheiten des Trommelfelles und des Mittelohres sowohl subjective Geräusche, als auch Illusionen und Hallucinationen herbeiführen können. Es stellte sich heraus, dass von allen Kranken, bei welchen einfache entotische Geräusche constatirt wurden, nur solche nicht gleichzeitig Illusionen und Hallucinationen hatten, welche an Epilepsie, Dementia paralytica, an Erregungszuständen ohne prägnante Wahnvorstellungen oder an melancholischer Verstimmung litten. Bei den anderweitigen mit Affectionen des Gehörapparates behafteten Fällen psychischer Erkrankung, welche an mehr oder

1) Literatur: Köppe, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXIV. 1867. S. 10. — Derselbe, Arch. f. Ohrenheilk. 1875. Bd. IX. S. 220.

weniger intensiven Ohrgeräuschen während des Bestehens der Psychose litten, waren stets Illusionen und Hallucinationen vorhanden. Die einfache Hyperämie des Hammergriffes hatte, wenn sie Geräusche hervorrief, immer auch Sinnestäuschungen des Gehörs im Gefolge.

Laryngoskopie.[1])

Auch der Kehlkopfspiegel hat einen bescheidenen Beitrag zur Psychopathologie geliefert. Schultz, der mit Rauchfuss laryngoskopische Untersuchungen an Paralytikern anstellte, wies nach, dass die Stimmbänder bei den zitternden Intonationen dieser Kranken nicht mit einem Schlag, sondern unter einzelnen Bewegungsstössen in die Phonationsstellung eintreten, woraus er auf eine Parese der Mm. cricoarytaenoidei laterales schliesst.

Elektrische Untersuchung. Sensibilitätsprüfung. Psychometrie.[2])

§ 29. Es konnte nicht fehlen, dass die Elektrodiagnostik, jene mächtige Erkenntnissquelle, welche der Nervenpathologie aus der Therapie sich eröffnet hat, auch für die Lehre von den centralen Neurosen mit vorwiegend psychischen Symptomen ausgebeutet wurde.

Die ersten Resultate wurden an Paralytikern gewonnen. Schon Duchenne hatte sich mit dem elektrischen Verhalten der Lähmungen dieser Geisteskranken beschäftigt und die Reaction bei denselben gegen den Strom normal getroffen. Joffe und Leidesdorf fanden die elektrische Erregbarkeit bei diesen Zuständen dagegen herabgesetzt. Benedict lehrte dann, dass sowohl die erste Angabe als auch die zweite zutreffend sei, indem sich eben die verschiedenen Fälle nicht gleichartig verhalten. Das motorische Nervensystem der Paralytischen zeigt nach Benedict normale, erhöhte oder verminderte Erregbarkeit für die elektrischen Ströme; auch Tigges fand

1) Literatur: Schultz, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXI. 1864. S. 694.

2) Literatur: Joffe, Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien. 1860. XVI. Jahrg. S. 72. — Benedict, Arch. d. Heilk. 1867. S. 140. — John Lowe, West Riding Lun. Asyl. Med. Rep. 1873. III, Grävell's Notizen. 1873. N. F. Bd. XVII. S. 440. — Tigges, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XXX. 1874. S. 137; Bd. XXXI. 1874. S. 153. — Westphal, Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 44 ff. — Simon, Die Gehirnerweichung d. Irren. Hamburg. 1871. S. 27. — Lombroso, Klinische Beiträge zur Psychiatrie. Deutsch von Fränkel. 1867. S. 29 u. 62. — Jolly, Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 495. — Obersteiner, Virch. Arch. Bd. LIX. S. 427.

neuerdings bei Paralyse sowohl Uebererreglichkeit als herabgesetzte Irritabilität für beide Stromesarten. Speciell beobachtete Benedikt zwei verschiedene pathologische Reactionsformen gegen den faradischen Strom, diejenige der Convulsibilität und diejenige der Erschöpfbarkeit, welche sich nur noch bei anderen Krankheiten des Grosshirns, und zwar herdartiger Natur, vorfinden, wie ich mich überzeugen konnte, aber auch bei alter Säuferkrase nicht fehlen, welche freilich wieder zu den psychischen Schwächezuständen zu stellen sein dürfte. Die erstere Form ist charakteristisch dadurch, dass bei normaler oder verminderter Anfangsreaction unter dem Einflusse der Faradisation die elektromusculäre Erregbarkeit rascher und bedeutender wächst als im Normalzustande, die zweite aber äussert sich damit, dass die Reaction, welche an sich normal oder herabgesetzt war, unter der Wirkung des Stromes rasch bis zum Verschwinden abnimmt. Nach Benedikt weist erstere Reactionsform a priori auf convulsivische Zustände, letztere auf Schwäche hin, ein Satz der aus den mitgetheilten Beobachtungen zur Evidenz hervorgeht und in den Ergebnissen von Tigges Bestätigung gefunden hat.

Im allgemeinen deutet die Steigerung der Erregbarkeit des Nerven- und Muskelsystems auf Reizungsvorgänge, mögen sie rein psychischer Natur sein oder mit Irritationssymptomen im Bereiche der motorischen Nerven, mit Convulsionen und Muskelspannungen verbunden sein (Benedikt, Tigges). Die elektrische Untersuchung gibt deshalb das sichere Kennzeichen einer solchen Reizung und der Eintritt der convulsibeln Reaction weist nach, dass die Irritabilität des motorischen Nervensystems durch den peripherischen Reiz nur immer höher gesteigert wird.

Die verminderte Erregbarkeit hingegen lässt auf Erschöpfung durch Ueberreizung oder auf Ausbreitung des Krankheitsprocesses über tiefere Abschnitte der cerebrospinalen Axe (Hirnschenkel, Pons, Bulbus, Medulla spinalis) schliessen. Beide Phasen der Erregbarkeitsveränderungen können an verschiedenen Abschnitten des motorischen Nervensystems bei denselben Individuen vorhanden sein und es beweist dieser Befund verschiedene Zustände im Cerebrospinalsystem (hier Reizung, dort Erschöpfung). Normale Reaction ist bei vorhandener Lähmung entweder als Uebergang von erhöhter zu verminderter Reaction aufzufassen oder bei spinaler Ursache der Paralyse dadurch begründet, dass noch keine secundäre Veränderung der Erregbarkeit in der Peripherie etablirt ist. Schliesslich kann sie noch darauf beruhen, dass Erkrankungen der Grosshirnganglien Ursachen der Lähmung sind.

Mit diesen Ergebnissen stimmen denn auch diejenigen überein, welche Tigges bei der Untersuchung der motorischen Nerven und Muskeln bei anderweitigen Formen psychischer Erkrankung erhielt. Erhöhte Contractilität kommt vor allem den Maniakalischen, sodann den Melancholikern mit Sensationen, den Fällen einfacher Melancholie zu; die verminderte Erregbarkeit aber den stupid Melancholischen und den Blödsinnigen.

Die Abnormitäten motorischer Reaction gegen den faradischen Strom vertheilten sich so, dass bei Maniacis am häufigsten Convulsibilität, bei Melancholikern, mit Ausnahme der stupiden, die öfter zitterige Reaction aufweisen, sowohl Convulsibilität als Erschöpfbarkeit vorkamen. Abweichungen vom Zuckungsmodus bei der galvanischen Untersuchung zeigten die Melancholiker, auch diejenigen mit Stupor, indem bei ihnen die Anodenschliessungzuckung vor derjenigen der Kathodenschliessung eintrat.

Die Erregbarkeitsveränderungen waren entweder gleichmässig über alle untersuchten Stellen verbreitet (so in der Melancholie bei starker Erhöhung oder Verminderung, beim Stupor und beim Blödsinn bezüglich der Verminderung) oder es verhielten sich die einzelnen Abschnitte des Nervenmuskelsystems und die gleichnamigen Stücke beider Seiten verschieden. So war die Erregbarkeit des Plexus supraclavicularis gegenüber derjenigen des N. medianus gesteigert: mehrfach bei Melancholie, Stupor und Blödsinn; verringert: bei einigen Stupiden und mit Convulsionen Behafteten. Differenzen der Erregbarkeit beider Körperhälften kamen einige Male bei Melancholikern zur Beobachtung.

Während die elektrischen Untersuchungen am motorischen System einen rein objectiven Werth haben, schliessen die Ergebnisse der Sensibilitätsprüfungen, ebenso wie diejenigen der Sinneswahrnehmungen stets als verdächtigen Factor das Bewusstsein ein, welches selbstverständlich bei den psychischen Störungen nicht als unverändert vorauszusetzen ist. Denn bei jenen Beobachtungen halten wir uns an die Zuckung des Muskels, welche wir sehen, bei diesen aber an die Empfindungen und Vorstellungen, die ein Kranker angeben muss, bei welchem allerhand Störungen der beurtheilenden Vorstellungsthätigkeit vorhanden sind. Es erhebt sich also bei der Verwerthung der Resultate, welche derartige Untersuchungen ergeben, eine ganz besondere Schwierigkeit der Kritik für den Beobachter.

Dagegen liefern Zufälle öfters absolute Beweise für die Existenz

von Sensibilitätsstörungen bei Geisteskranken. Verbrennungen werden namentlich von Blödsinnigen bisweilen, und auch von Paralytikern in späteren Stadien gar nicht oder nur unvollkommen empfunden, es kommen fernerhin Selbstverstümmelungen an normalerweise sehr schmerzempfindlichen Theilen vor etc. Die Behauptung, welche von französischer Seite aufgestellt wurde, bei der Paralysis progrediens sei anfangs Anästhesie vorhanden, bedarf gegenwärtig gar keiner Widerlegung mehr. Wir wissen durch die Mittheilungen der zuverlässigsten Forscher (L. Meyer, Westphal, Benedikt, Simon), welche sich der Cautelen wohl bewusst waren, unter denen Ergebnisse der Sensibilitätsprüfungen bei Geisteskranken verwerthet werden dürfen, dass bei einer grossen Anzahl von Paralytikern die Sensibilität und Localisation bei leichten Finger- und Nadelberührungen vollkommen intact gefunden wird. Westphal und Benedikt haben gleichzeitig darauf hingewiesen, dass Betheiligung der Leitungsbahnen am Krankheitsprocess vorhanden sind, wenn bei Paralytikern Sensibilitätsstörungen auftreten. „In einigen Fällen, sagt der Erstere, kommt schon vor dem Beginn der psychischen Störung eine wirkliche Beeinträchtigung der Sensibilitätsleitung vor, es sind dies stets Patienten, die schon vor der Alienation den tabischen Gang hatten.“ Der Letztere spricht als Resultat seiner Untersuchungen den Satz aus: „die einfache Wahrnehmung der sensuellen Empfindungen, sowie der Haut-, Muskel- und Knochenempfindungen leidet bei Psychosen nur, wenn eine secundäre Erkrankung ihrer Leitungsbahnen vorliegt.“ — In diesem Sinne sind also Anomalien der cutanen, muskulären und Knochenhyperästhesien, Anästhesien oder Hyperalgien zu verstehen, welche namentlich von Benedikt durch die elektrische Untersuchung festgestellt worden sind.

Lombroso und Tigges haben über das Verhalten der elektrischen Sensibilität auch bei anderen Geisteskranken Angabe gemacht. Steigerung der elektrischen Schmerzempfindlichkeit fand sich bei Melancholie mit Sensationen (Tigges), erethischer Melancholie (Lombroso), einfacher Melancholie im Bereich der Flexoren, bei einem Theil der Maniakalischen (Tigges), bei vielen Geisteskranken an der Stirn (Lombroso), bei Manie an den Palpebrales (Tigges). Herabsetzung dagegen trafen beide Forscher bei Melancholie mit Stupor, Tigges ausserdem bei einem Theile der Maniakalischen an den Flexoren, Lombroso bei pellagrosen Geisteskranken; bei diesen und manchen Tobsüchtigen namentlich an Hand und Nacken.

Benedikt hatte zuerst den galvanischen Strom als Explorationsmittel bei Sinnestäuschungen angewendet, war aber gestützt auf zwei

Beobachtungen zu dem Resultat gelangt, dass „Leute, welche an Illusionen und Hallucinationen im Gebiete des Gehörs, der Haut- und Muskelempfindung leiden, solche durch Reizung hervorgerufene Empfindungen richtig percipiren.“ — Speciell gibt er von einem Falle an, dass er bei bestehenden Gehörs- und Gesichtshallucinationen die durch Galvanisation hervorgerufenen subjectiven Licht- und Schallerregungen wie ein Gesunder aufgefasst habe. Dagegen hat Jolly neuerdings interessante positive Resultate bei der galvanischen Untersuchung des Gehörapparates von Hallucinanten erhalten. Die Fälle, freilich nur fünf an der Zahl, sind sorgfältig aus einer grösseren Anzahl von Untersuchunsobjecten ausgewählt als solche, deren Angaben die Ueberzeugung des Thatsächlichen hervorriefen. Zunächst litten vier an Hyperästhesie des Acusticus; d. h. die normalen Klangwahrnehmungen bei Kathodenschliessung und Anodenöffnung (Brenner) traten schon bei Stromstärken ein, die im Gesunden keinen Gehörseffect hervorbringen. Ausserdem lieferten diese Kranken auf dem nicht armirten Ohr die paradoxe Reactionsformel, indem die normal stummbleibenden Reizmomente der Anodenschliessung und Kathodenöffnung Klänge setzten. Das armirte Ohr hatte gleichzeitig die Formel der Hyperästhesie aufzuweisen. Es waren also bei der Uebererreglichkeit der Hörnerven Stromschleifen, welche ihren Weg durch den nicht armirten Acusticus natürlich in entgegengesetzter Richtung nahmen, im Stande, Reizeffecte hervorzubringen, die selbstverständlich auch der umgekehrten Ordnung folgten. Ausserdem kamen bei diesen Kranken hier und da, besonders aber bei dem fünften Falle häufig während der galvanischen Untersuchung complicirte Gehörshallucinationen zu Stande, d. h. Schimpfworte, ganze Sätze verschiedenartigsten Inhaltes in der Klangfarbe gewisser, dem Kranken bekannter Stimmen. Wenn diese Hallucinationen ebenfalls auf eine abnorme Erregbarkeit des Gehörapparates hindeuten, so sind sie nach Jolly deshalb doch nicht als Effecte der galvanischen Nervenreizung aufzufassen, weil sie nicht von bestimmten galvanischen Reizmomenten abhängig sind. Da sie vielmehr immer an den Schmerz, den die Elektricität hervorruft, gebunden erscheinen, so müssen sie als Effecte eines von den sensibeln Trigeminusendigungen auf die Centralorgane des Acusticus übertragenen Reizes angesprochen werden, eine Deutung, die mit Köppe's Erfahrung übereinstimmt, dass durch Druck- und Schmerzempfindungen Gehörstäuschungen angeregt werden können. (Griesinger's Zerstreuungen der Erschütterungskreise. Ges. Abhandl. Bd. I. S. 122.)

Ueber die Reaction des Gehirns bei Psychosen stehen mir einige

Beobachtungen zu Gebote, welche indessen nur auf leichte Melancholien und wenige andere Formen psychischer Erkrankung Bezug haben. Bei Melancholischen fand ich häufiger eine grosse Uebererreglichkeit des Grosshirns gegen die genau quer durch den Schädel geschickten Ströme. Schwindel und Benommensein, in einem Falle bedeutendere Gedankenverwirrung traten schon bei schwachen, Gesunde intact lassenden, Stromstärken ein, auch wenn die Elektroden an den Schläfen applicirt wurden. Ebenso verhielt sich ein Kranker mit completer Verwirrtheit (wahrscheinlich Cysticerkenkrankheit des Gehirns). In einem Falle von Wahnsinn dagegen wurden hohe Stromstärken ohne wesentliche Symptome vertragen (ähnlich wie bei Paralysis agitans Eulenburg).

Schon seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts wussten die Astronomen, dass die psychisch-physischen Processe: Wahrnehmung, Verarbeitung des sinnlichen Eindrucks zu Vorstellung, Willensimpuls zur Bewegung, welche jenen Eindruck signalisirt, und die Bewegung selbst — eine gewisse Zeit erfordern, die sie physiologische nannten. Diese Zeit, verschieden lang, bei den einzelnen Individuen zu wechselnden Zeiten ungleich, wurde durch die persönliche Gleichung ausgedrückt, welche die in einer Gleichung gedachte Differenz in der Geschwindigkeit jener psychischen Processe bei zwei Beobachtern angibt.

Von den Physiologen (Wundt, Mach, Vierordt) ist mehrfach dieser Gegenstand experimentell bearbeitet worden. Die neuesten und eingehendsten Untersuchungen hat Sigmund Exner darüber angestellt und einige für uns wichtige Beobachtungen mitgetheilt (Pflüger's Arch. Bd. VII. 601 ff.).

Die Reactionszeit war nach Exner's Untersuchungen an verschiedenen Personen am kürzesten bei Individuen mit sehr langsamen und sicheren Bewegungen, sodann bei solchen, die lebhaft und zugleich manuell geübt waren, auch Personen mit langsamen und überlegten Bewegungen hatten kurze Reactionszeit. Dieselbe war länger bei Individuen mit langsamen aber unsicheren Bewegungen, und bei solchen, die lebhaft in den Bewegungen aber in der Auffassung etwas langsam waren; am längsten war die Reactionszeit bei gebrechlichen nicht intelligenten Personen.

Im Uebrigen zeigte sich die Reactionszeit abhängig von der Uebung, indem durch häufigere Wiederholung der Experimente die Zeit immer kürzer wurde. Starke Reize, welche Erschrecken her-

vorrufen, kürzten die Reactionszeit ebenfalls merklich ab (Wundt behauptet das Gegentheil). Dagegen hatte die Ermüdung und die geringste Ablenkung der Aufmerksamkeit (Anwesenheit von Personen im Zimmer, namentlich Zuschauern bei den Versuchen), endlich ein leichter Rausch nach Genuss von zwei Flaschen Rheinwein einen entschieden verlangsamenden Einfluss auf die Reaction. Sehr interessant ist, dass in dem letzgenannten Zustande der Experimentirende glaubte, schneller zu reagiren, während er doch grössere Zahlen lieferte. Diese Illusion, welche nur in der Exaltationsperiode der Weinwirkung vorhanden war, — bei eintretender Depression wurde die verlangsamte Reaction richtig erkannt — ging einher mit sehr bedeutender Heftigkeit der Bewegungen, durch welche das Reactionssignal gegeben wurde, so dass man den Eindruck gewann, der Experimentator habe das Maass für den Grad der Innervation verloren.

Obersteiner, welcher eine Modification des Exner'schen Neuramoibometer, sein Psychodometer zu Versuchen über die (reducirte) Reactionszeit benutzte, bekam bei Geistesgesunden ähnliche Resultate wie Exner in Hinsicht auf das Alter des Experimentators, auf Ermüdung, Ablenkung der Aufmerksamkeit durch Gespräch während der Versuche, Bestehen von Kopfschmerz. Der Einfluss des Bildungsgrades hängt mit der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fesseln, zusammen.

Die Versuche an Geisteskranken ergeben, dass die Exaltationszustände (Wahnsinn) ebensogut wie die Depressionszustände (Melancholie) verlängernd auf die Reactionszeit einwirken, dass keine Verkürzung dieser Zeit bei Steigerung der Erregbarkeit in der sensiblen Sphäre zu bemerken ist, dass der Verlauf der psychischen Krankheiten sich durch Veränderungen in der Reactionszeit kundgibt.

Bei den primären Formen psychischer Störung (Wahnsinn, Melancholie) ist nur Verlängerung der mittleren Reactionszeit nachzuweisen, bei den Schwächezuständen aber durchweg Vergrösserung der Minimalzeit, d. h. der kürzesten Zeit, in welcher überhaupt reagirt werden kann. Die Verlängerung der mittleren Reactionszeit deutet auf Mangel an Willenskraft die Aufmerksamkeit anzuspannen oder auf das Ueberwiegen anderer Vorstellungen hin. Sie zeigt an, dass der Geisteskranke sich in einem Zustande befindet, der demjenigen des ermüdeten oder durch Gespräch beziehungsweise Schmerz vorübergehend unaufmerksamen Gesunden ähnlich ist. Die Vergrösserung der Minimalzeit deutet auf einen tiefer greifenden Process im Gehirn hin, welcher eine bestimmte Schranke für die Reactionszeit setzt, die der Kranke nicht unterschreiten kann, auch wenn er den besten Willen hat.

Pathologische Chemie.[1])

§ 30. Eine weitere — noch nicht sehr klar fliessende — Erkenntnissquelle eröffnet sich der allgemeinen Psychopathologie in der pathologischen Chemie. Eine Reihe von Erfahrungen am Krankenbette weisen unbedingt auf die Nothwendigkeit chemischer Analysen, sowohl der Bestandtheile und Ausscheidungen des lebenden Körpers, als auch des Gehirns selbst hin. So die Thatsache, dass Fälle von Geistesstörungen zur Beobachtung kommen, bei welchen nach dem Tode die anatomische Untersuchung nicht hinreichenden Aufschlusss zu geben vermag über die intra vitam beobachteten Erscheinungen. Auch der Natur jener functionellen Störungen, welche man bei vollkommen, ohne jeden Defect heilenden Fällen als Ursachen der psychischen Symptome annahm, wollte man näher auf die Spur kommen. Fernerhin mussten die eigenthümlichen Nutritionsverhältnisse, die bei den Psychosen beobachtet werden und für welche die Körperwägung einen exacten Ausdruck in Zahlen angab, die Aufmerksamkeit auf etwa vorhandene Stoffwechselstörungen lenken. Endlich wusste man ja, dass die Gehirnorgane unter dem Einflusse von Stoffwechselstörungen, namentlich solchen, welche Blutanomalien mit sich bringen, häufig schwer und auffällig zu leiden haben.

Die Geschichte der Transfusion hatte ohnehin darauf hingewiesen, dass Aenderungen der Blutmischung durch Transplantation von lebender Ernährungsflüssigkeit eine günstige Wirkung in einzelnen Fällen psychischer Störung hervorzubringen vermochte (King, Scarpa, Denis, Lower u. A.).

Ueber die Beschaffenheit des Blutes bei Geisteskrankheiten wurden eine Reihe von Untersuchungen angestellt, welche freilich wenig Positives brachten. Thakrah hatte das specifische Gewicht einer Quantität Blut, die er einem Tobsüchtigen entnommen, auffallend

1) Literatur: Friedreich, Allg. Pathol. d. psych. Krankheiten. Erlangen. 1839. S. 373 (enth. d. ältere Literatur). — Erlenmeyer, Arch. f. Physiol. Med. V. u. Canst. Jahresb. 1846. III. 37. — Hittorf, De sanguine maniacorum quaestion. chem. Diss. Bonn. 1846. Canst. Jahresb. 1846. II. S. 37; 1847. II. S. 30. — Lauder-Lindsay, in Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. XIV. 1857. S. 629. — Sutherland, Canst. Jahresb. 1849. III. S. 25. — Hood, Virch. Jahresb. 1861. III. S. 10. — Erlenmeyer, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. XIX. 1862. S. 628. — Addisson, Virch. Jahresb. 1865. III. S. 5. — Lombroso, Klinische Beiträge. S. 19 u. 62. — Mendel, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. III. S. 636. — v. Rabenau, ibid. Bd. IV. S. 787. — Huppert, Virch. Archiv. Bd. LIX. S. 367. — Weinberg, Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 32. S. 465. — Fürstner, ibid. No. 28. S. 409.

hoch gefunden. Erlenmeyer konnte diese Angabe nicht bestätigen. Er fand überhaupt, gleich Hittorf, welcher sich ebenfalls mit der chemischen Analyse des Blutes von Tobsüchtigen beschäftigte, keine erheblichen Veränderungen dieser Flüssigkeit. Wenn schon Hittorf gezeigt hatte, dass eine Vermehrung des Fibrins im Blute Maniakalischer nicht nachzuweisen sei, so ergaben die Untersuchungen von Hood, dass das Blut dieser Kranken eher weniger Faserstoff als dasjenige von Gesunden enthalte.

Die seit dem vorigen Jahrhundert bekannte Thatsache, dass die Gehirnsubstanz Phosphor enthalte, hatte schon früher zu Controversen darüber geführt, ob dieser Körper bei den Geisteskrankheiten eine Rolle spiele. Später glaubte sich Sutherland überzeugt zu haben, dass bei Tobsüchtigen die Phosphorverbindungen reichlicher, bei Blödsinnigen spärlicher im Blute vertreten seien. Es entspreche dieses chemische Verhalten des Blutes dem grösseren oder geringeren Verbrauche an Nervensubstanz. Wie indessen früher schon die gleichlautenden Angaben von Cabanis, Couerbe u. A. in Bezug auf den Phosphorgehalt des Gehirns bei primären Exaltationsprocessen und bei Schwächezuständen durch Friedreich und Lasseigne in Zweifel gezogen worden waren, so zeigte neuerdings Addison, dass der Phosphorgehalt des Hirns, im gesunden Zustande bedeutenden Schwankungen unterworfen, bei Geistesstörungen in einem bestimmten Verhältnisse zu der Natur des Krankheitsvorganges oder pathologischen Zustandes nicht stehe.

Diese Streitfrage führt uns direct auf die Untersuchungen des Harnes von Geisteskranken, bei welchen ganz besonders die Phosphatausscheidung an der Niere ins Auge gefasst wurde. Unter den zahlreichen, freilich öfter ungenauen, sich widersprechenden und deshalb irrelevanten Angaben über Menge, Farbe, Reaction des Harnes zu verschiedenen Zeiten (Ruhe und Aufregung) und bei verschiedenen Formen der psychischen Störung sind die Ergebnisse über die Ausscheidungsgrösse der festen Bestandtheile im allgemeinen, über Menge der einzelnen Harnbestandtheile im besonderen nicht unwichtig, obwohl auch hier noch Differenzen in den wesentlichsten Fragepunkten bestehen. So führte Erlenmeyer jenes oben erwähnte Sinken des Körpergewichtes bei primären psychischen Processen auf gesteigerte Ausfuhr fester Theile durch die Niere zurück; bei Schwächezuständen stehe das Körpergewicht deshalb hoch, weil der Urin wieder normal sei. Die gleiche Angabe über den Harn bei Schwächezuständen machten Lombroso und Addison. Lombroso fand ferner, dass Kranke, die an Dementia leiden, nur dann, wenn sie in Aufregung

verfallen, einen specifisch schweren Urin absondern; auch Mendel constatirte das Vorkommen periodischer Steigerungen in der Ausscheidung fester Theile bei Paralytikern. Sie nahmen gleichzeitig rasch an Körpergewicht ab, obwohl kein Fieber bestand und der Appetit stark war.

Was nun das Verhältniss der einzelnen die festen Harnbestandtheile zusammensetzenden Körper zu einander, speciell das Ueberwiegen der Phosphate unter ihnen betrifft, so schien der von mehreren Seiten her behauptete Einfluss geistiger Anstrengung und geistiger Ruhe auf die Phosphatausscheidung eine physiologische Basis für die pathologisch-chemischen Untersuchungen an Geisteskranken zu bilden. Dass bei geistiger Arbeit mehr Phosphate ausgeschieden würden, als zur Zeit der Ruhe und bei Nacht, hatten Mosler, Böcker, Genth, Hammond, Vogel u. A. angegeben. Dagegen sprachen sich Wood, Kaupp und Mendel nicht im gleichen Sinne aus. Wood leugnete die Vermehrung der Phosphate bei geistiger Anstrengung, Kaupp und Mendel fanden im Nachturin die Phosphorverbindungen reichlicher vertreten.

Wiewohl eine Anzahl von Untersuchern Steigerung der Phosphatausscheidung bei Aufregungszuständen beobachteten — Sutherland, Addisson und Lombroso bei acuter Manie, Addison auch bei Aufregungszuständen der Melancholiker — so fand wieder Mendel neuerdings bei tobsüchtiger Erregung absolute und relative Verminderung der Phosphorsäure im Urin, während nach seinen Analysen die epileptiformen und apoplektischen Anfälle der Paralytiker eine Steigerung der Phosphatabscheidung mit sich bringen. Geringer Gehalt an Phosphaten ist nach Sutherland der Erschöpfungsperiode nach Tobsuchtparoxysmen, nach Addison und Lombroso überhaupt den späteren Stadien der Manie, nach dem Letzteren auch der Melancholie eigenthümlich. Chronische Gehirnkranke scheiden wie Mendel constatirte, Paralytiker überhaupt nach Addison und Lombroso abnorm geringe Mengen von Phosphaten ab.

Ueber die Vertretung der übrigen festen Bestandtheile im Urine Geisteskranker haben wir wenige und auch nicht ganz übereinstimmende Angaben. Sutherland hatte früher den Urin von Melancholischen stark harnstoffhaltig gefunden. Addison und Lombroso dagegen fanden die Menge dieses Körpers im Urine der Melancholiker und ebenso in demjenigen der Tobsüchtigen abnorm gering. Die Chloride sollen nach Addison im Harn der Maniakalischen spärlich sein. Im ersten Stadium der Tobsucht enthält nach Lombroso der Harn reichlich Sulfate, wogegen im zweiten

Stadium der Manie und in der Melancholie die Ausscheidung der Schwefelverbindungen unter die Norm sinkt.

Während über die soeben besprochenen Verhältnisse noch wenig Sicheres festgestellt ist, kann anderseits als ausgemacht betrachtet werden, dass die pathologischen Bestandtheile selten und nur ausnahmsweise oder vorübergehend im Harn der Geisteskranken auftreten; vom Eiweiss, Zucker, den Gallenbestandtheilen etc. ist das schon seit langer Zeit bekannt.

In Bezug auf die Albuminurie darf nicht vergessen werden, dass geringe Mengen von Eiweiss, die man im Harne der Geisteskranken nicht ganz selten antrifft, noch nichts beweisen. Wir finden ja solche Spuren von Albumin auch bei anderen, als psychisch normal zu bezeichnenden Kranken relativ häufig. Ursachen, die der Albuminurie geringen Grades zu Grunde liegen, sind ja bei den chronisch-marastischen, mit einem krankhaften Zustande des Gefässsystems ausweislich der Pulsuntersuchung behafteten Geisteskranken mehrfach in Wirksamkeit.

Max Huppert hat vor Kurzem mitgetheilt, dass unmittelbar nach jenen kurz dauernden, $^1/_2$- bis mehrstündigen Paroxysmen hochgradiger Aufregung, den Anfällen transitorischer Manie, eine meist ziemlich starke vorübergehende Albuminurie stattfindet, bei welcher sich im Harne spärliche hyaline Cylinder vorfinden. Bei 36 Fällen von Paralyse fand v. Rabenau neuerdings 20 mal, wenn auch nicht als ständige Erscheinung, so doch zu irgend einer Zeit des Krankheitsverlaufes Albuminurie ohne gleichzeitiges Vorkommen von Cylindern. Er glaubte, parenchymatöse Nierenkrankheiten als Ursache des pathologischen Vorganges ausschliessen zu dürfen. — Fürstner und Weinberg hoben soeben hervor, dass beim Delirium alcoholicum nicht selten Albuminurie vorkommt, ohne dass der Harn morphologische Bestandtheile aufweist.

§ 31. Wenn die physikalischen und chemischen Untersuchungen mit den Bestandtheilen des todten Körpers sich beschäftigen, so bilden sie Hülfsmittel der mächtigsten Quelle ärztlicher Erkenntniss: sie stehen im Dienste der **pathologischen Anatomie.** Es war oben schon davon die Rede, dass die Störungen in der Hirnrinde, welche den psychischen Krankheitsprocessen und Zuständen zu Grunde liegen, entweder Störungen der Form oder der Mischung sind. Es wurde auch hervorgehoben, welche Mittel die Wissenschaft besitzt, diese Störungen festzustellen: die makroskopische Betrachtung, die Betastung, die mikroskopische Untersuchung und die chemische Analyse, mit welcher die

physikalische Methode der Gewichtsbestimmung der organischen Theile nahe zusammenhängt.

Die pathologische Anatomie bildet eine der wichtigsten Quellen der allgemeinen Psychopathologie. Sie hat unbestritten Recht, als ein Theil dieser Wissenschaft überhaupt betrachtet zu werden und erfordert als solcher eine eigene Besprechung unsererseits, weshalb an dieser Stelle, wo von den Erkenntnissquellen im Allgemeinen die Rede ist, von einer Angabe der pathologisch-anatomischen Resultate im Ganzen abgesehen werden muss, damit späteren Mittheilungen nicht vorgegriffen und eine Wiederholung vermieden werde. Dass die chemischen und physikalischen Untersuchungen (Wägung) der Gehirnsubstanz bei der allgemeinen pathologischen Anatomie ihre gebührenden Berücksichtigungen erfahren werden, versteht sich von selbst.

Auch die **Experimentalforschung**, welche willkürlich die Lebensbedingungen des thierischen Körpers verändert, um gewisse vorher scharf präcisirte Fragen zu beantworten, muss als eine Erkenntnissquelle der allgemeinen Psychopathologie betrachtet werden. Wir werden in dem Abschnitte „Allgemeine pathologische Physiologie der Hirnrinde“ auf die freilich nur mit grosser Vorsicht auf die Pathologie des Menschen übertragbaren Ergebnisse dieser Methode der Forschung eingehen.

Anthropologie und Völkerpsychologie.[1])

§ 32. Die Anthropologie, d. h. die Erfahrungswissenschaft vom Menschen überhaupt, gibt der psychopathologischen Forschung eine Reihe von wichtigen Aufschlüssen an die Hand. Selbstverständlich leistet dies derjenige Theil besagter Wissenschaft, welcher das Geistes-

1) Literatur: Ausser den Werken über Geschichte der Medicin v. Sprengel, Häser, Hecker (Volkskrankh. des Mittelalters, herausgeg. v. Hirsch) vergl. Bastian, Der Mensch in d. Geschichte. Leipzig. 1860. — Derselbe, Beiträge z. vergl. Psychol. Berlin. 1868. — Buckle, Geschichte d. Civilisation. Deutsch. v. Ruge. Leipzig u. Heidelberg. IV. Aufl. 1870. Bd. I. — Tylor, Anfänge d. Cultur. Deutsch v. Spengel u. Poske. Leipzig. 1873. — Peschel, Völkerkunde. Leipzig. 1874. — W. Wundt, Vortr. üb. Menschen- u. Thierseele. Leipz. 1863. — Lazarus, Zur Lehre v. d. Sinnestäuschungen. S. A. a. d. Zeitschr. f. Völkerpsychol. u. Sprachwissenschaft. Berlin. 1867. — Calmeil, De la folie considerée sous le rapport pathol. histor. et judiç. etc. Paris. 1845. Deutsch v. Leubuscher „Der Wahnsinn in d. letzten 4. Jahrh.“ Berlin. 1848. — Ideler, Versuch einer Theorie d. religiösen Wahnsinns. Halle. 1848.

leben der verschiedenen civilisirten wie unentwickelten Nationen zum Gegenstande der Untersuchung macht und basirend auf die Kenntnisse von den organischen Substraten der psychischen Verrichtungen die Gefühle und Vorstellungen auf den verschiedenen Culturstufen, sei es im Laufe der Geschichte oder in der „horizontalen Ausbreitung in der Gegenwart“ einer vergleichenden Analyse unterwirft. Anatomie, Geschichte und Alterthumskunde, Ethnologie und Sprachforschung werden daher zusammen wirken müssen, um eine comparative Psychologie zu begründen und auszubilden.

So verführerisch es auch erscheinen möchte, bei den glänzenden Resultaten etwas länger zu verweilen, welche namentlich die Neuzeit auf diesem Forschungsgebiete zu Tage gefördert hat, so bescheiden wir uns dennoch aus gutem Grunde nur einige kurze aber nicht unwichtige Angaben an dieser Stelle folgen zu lassen. Denn wir sind nicht dazu berufen, die Einleitung einer noch zu begründenden historisch-geographischen Psychopathologie zu schreiben, welche Einleitung eben von den physiologischen Varietäten des Geisteslebens bei den einzelnen Völkern, wie sie zeitlich oder räumlich einander näher oder ferne stehen, zu handeln hätte. Wir wollen nur die völkerpsychologischen Aequivalente der psychischen Störungen hier in Kürze namhaft machen.

Zuvörderst verdient nun hervorgehoben zu werden, dass auf den niederen Stufen der Cultur ganz ähnliche, ja sogar vollkommen analoge Erscheinungen des Geisteslebens vorkommen, wie wir sie bei den Kranken unserer Irrenanstalten vorfinden. Namentlich begegnen sie uns im Bereiche der Vorstellungsthätigkeit, aber auch, wie wir alsbald sehen werden, in den Gefühls- und Willenserregungen. Lazarus hat schon vor einer Reihe von Jahren eingehender, als es bis dahin geschehen war, auf diesem wichtigen Gebiete gearbeitet und besonders das in reicher Fülle von Bastian herbeigeschaffte Material benutzt und glücklich verwandt.

Da auch die Culturvölker im Laufe ihrer geschichtlichen Entwickelung sich von einem primitiven Zustande allmählich ausgebildet und verschiedene bestimmter bekannte Evolutionsphasen des Geisteslebens durchgemacht haben, so dürfte es weiterhin wichtig sein, zu untersuchen, ob nicht Bewusstseinsinhalt früherer Culturstufen noch in die Zeiten vorgeschrittener Civilisation und geläuterter Erkenntniss mit herübergenommen worden sei, der gegenwärtig zwar im Grunde todt und bedeutungslos erscheint, aber bei der allgemeinen Neigung des Menschen, am Alten, Ueberlieferten und darum Ehrwürdigen festzuhalten, dennoch fortvegetirt und trotz seines nekro-

biotischen Daseins Lebensfähigkeit genug besitzt, um, gelegentlich auf den geeigneten Boden verpflanzt, gleich einem schiessenden Unkraute üppig emporzuwuchern. Tylor verdanken wir eine ausgezeichnete Bearbeitung derartiger Phänomene, welche von ihm als „Ueberlebsel (survival) in der Cultur“ bezeichnet werden.

Bei diesen Betrachtungen wird sich mehrfach Gelegenheit geben, auf die endemische Verbreitung sowie die seuchenartigen Invasionen gewisser auffälliger psychischer Phänomene einzugehen, welche man als Psychopathien ganzer Zeitalter oder als epidemische Psychosen aufgefasst hat. Wir werden somit ein Gebiet betreten, dessen Berechtigung in die Grenzen der Pathologie einverleibt zu werden nicht allgemein anerkannt ist, so sehr auch von deutscher Seite namentlich Hecker, Ideler, von französischer vornehmlich Calmeil, sich bemüht haben, den rein pathologischen Werth dieser Erscheinungen darzulegen.

Eine hinreichende Anzahl von Thatsachen weisen uns nach, dass der Mensch, wie er unter den verschiedenen Lebensbedingungen sehr verschiedene, so unter den gleichen Einflüssen und Substraten der Existenz die gleichen psychischen Producte liefert und es wurde das psychische Einerlei des Menschen von Peschel, vornehmlich aus gewissen „durch die ganze Welt gehenden Vorstellungen“ die er — von unserem Standpunkte betrachtet — nicht glücklich als Wahnformen bezeichnet, erschlossen. Denn eine allgemeine Psychopathologie wird — im Gegensatze zur Völkerkunde — füglich mit dem Worte Wahn haushälterisch umzugehen haben und den in demselben gefassten Begriff nur für die notorisch krankhaften Vorstellungsgruppen aufsparen. Kein anderer übrigens, als der so lebhaft und wohl kaum mit überall vollkommener Berechtigung von Peschel bekämpfte H. Th. Buckle hat zur Evidenz nachgewiesen, dass beim unentwickelten Menschen Schwäche des intellectuellen Vermögens herrscht, gegen welche eine üppig wuchernde Phantasie mächtig, nachhaltig und darum mit glänzendem Erfolge anstürmt. Aus diesem ungehemmten Spiele der Phantasie ist nun die grösste Menge jener Analogien des unentwickelten Geisteslebens mit dem Krankhaften zu verstehen und zu erklären. Während beim Naturmenschen die Intelligenz noch gering, die Kenntnisse dürftig sind, hat der Kranke, der doch mit den Gedanken der Gesellschaft aufgewachsen ist, jene Correction verloren, welche durch die langsam im Laufe der Geschichte abgesetzten Erkenntnisse und Forschungsresultate ermöglicht wird. Jener ist daher noch schwach im Geistesleben — das ungehemmte Phantasiespiel ist Schwäche — dieser aber als geschwächt

zu bezeichnen. Dem einen ist der Zwang natürlich, eine normale Erscheinung der Evolution, dem anderen aber entspringt er aus einer Einbusse an Erkenntnissfähigkeit, die durch Freigabe der Phantasie und verkehrte Schlüsse zum Wahne nothwendigerweise führen muss. — Um noch einen Augenblick bei dieser Frage zu verweilen, kann hingewiesen werden auf den Entwickelungsgang des Einzelnen in der Kindheit, der im Ganzen zwar, freilich nicht durchweg, der nämliche ist, wie derjenige, welchen die Gesammtheit im Laufe der Culturgeschichte durchgemacht hat. Sind doch die Kinder furchtsam und schreckhaft gleich den Wilden und vielen Geisteskranken, weil sie wie diese Leben in todten Gegenständen vermuthen. Dieselbe phantastische Symbolik im Spiel mit werthlosen Dingen und die des Sinnes entbehrenden Handlungen, die Neigung zum Vorstellen des Ueberschwänglichen, Unermesslichen in Raum und Zeit, namentlich das gierige Spielen mit grossen Zahlen, welche die Kindheit auszeichnet, finden wir bei den niederen Völkern und unseren Kranken. Ebenso dreht sich bei Kindern, Naturmenschen und Kranken (vgl. Griesinger, Pathol. u. Ther. d. psych. Krankh. S. 73) alles von der Aussenwelt erweckte Interesse in erster Linie nur um die eigene Person des Individuums u. s. w. — Dennoch aber wird man es leicht beim Kinde so weit bringen, dass der Glaube an die Realität des Eingebildeten versagt und in schwierigen Fällen die rechte Einsicht entwickeln können, während doch weder der Irre noch der Naturmensch sich auf logischem Wege überführen lässt: ein Kranker, der das perpetuum mobile entdeckt zu haben wähnte, wurde von Trèlat zu dem berühmten Physiker Arago gebracht, der ihn durch den Beweis, dass ein solches Ding unmöglich sei, bis zu Thränen rührte, aber kaum war er dreissig Schritt fortgegangen, so stampfte er mit dem Fuss, hob stolz das Haupt und sagte: „das ist ganz gleich, Arago irrt sich, mein Rad dreht sich ganz allein, es dreht sich im stehenden Wasser.“ — (Le Grand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung. Deutsch von Stark. S. 49.) Der Missionär Dobrizoffer hatte den an die Verwandlung von Menschen in Tiger glaubenden Abiponen oft die Absurdität vorgestellt, dass sie täglich ohne Furcht wahre Tiger erlegten und doch so feige über die eingebildeten erschräken; sie erwiderten: „Ihr Väter habt von unseren Sachen noch keine rechten Begriffe. Wir fürchten die Tiger auf dem Felde nicht, weil wir sie sehen, wir erlegen sie daher ohne Mühe, die künstlichen Tiger aber setzen uns in Angst, weil wir sie nicht sehen, also auch nicht tödten können.“ — Und wenn ihnen der Missionär einwendete, sie könnten nicht wissen, dass an jenen Menschen die Zeichen der

Tigerverwandlung einträten, wenn sie nichts sähen, so hielten sie nur um so hartnäckiger an ihrer Ansicht fest (Bastian, Der Mensch in der Geschichte. Bd. II. S. 32).

Wie nun das heranreifende Kind allmählich durch das Wachsthum seiner Erkenntnissfähigkeit die phantastische Vorstellungsweise, den Kinderglauben, gegen die kritische eintauscht, so auch erlangt ein Naturvolk durch langsam steigende Cultur die intellectuelle Reife und der Begriff Aberglaube wird in der Gedankenwelt, um ein jetzt nothwendiges Bedürfniss zu erfüllen, eingeführt. Den Irren aber sehen wir einen Rückschritt machen, er sinkt auf die Stufe zurück, auf welcher wiederum die phantastische Vorstellungsweise vorherrscht. Der kindliche Gesichtskreis wird noch nach rückwärts überschritten und wir finden unsere Geisteskranken in denselben Vorstellungsformen sich bewegen, welche wir bei den kindlichen Völkern antreffen. „Die Vorstellungen der entwickelten Cultur, sagt Lazarus ganz richtig, welche der Kranke ja erworben hat und die ihm keineswegs gänzlich fehlen, sind fragmentarisch, sie sind disjecta membra geworden und haben den Einfluss auf seine Handlungsweise und seine Begierden verloren, welche vielmehr einem ursprünglichen und durch krankhafte Zustände obenein verwilderten Naturtrieb zu folgen scheinen." So kann der Kranke wieder wie der Urmensch Anthropophag, Blutschänder etc. werden.

Reflexreizbarkeit und Pantophobie.[1])

§ 33. An gewissen Kranken der Irrenanstalten, vornehmlich Nymphomanischen, beobachten wir oft enorme Schreckhaftigkeit. Die Ueberreizung des Nervensystems, namentlich durch geschlechtliche Excesse, wird in erster Linie als Ursache dieses Zustandes angesehen, sodann greift blinder Aberglaube an Gespenster, Furchtsamkeit im Allgemeinen, aufgeschossen auf dem Boden der geschwächten Nervenorgane bedeutsam in den Erscheinungscomplex ein. Diese Begründung findet sich denn auch bei gewissen niederen Völkern, unter deren Mitgliedern die Reflexerregbarkeit und Pantophobie allgemein verbreitet ist und wie begreiflich bei dem weiblichen Geschlechte am heftigsten auftritt. Reisende haben gut übereinstimmende Angaben gemacht, dass bei den Völkern der polaren Breiten, den Lappen,

1) Literatur: Meyer-Ahrens, Schweiz. Zeitschr. f. Med., Chir. u. Geb. 1856. S. 330. — Bastian, Der Mensch in d. Geschichte. Bd. II. S. 550 ff. — Lazarus, a. a. O. S. 26 ff. — Hirsch, Hist. geogr. Pathol. Erlangen. 1859—64. Bd. II. S. 552.

Ostjäcken, Jakuten, Samojeden, Kamtschadalen etc. die fragliche Erscheinung ganz gewöhnlich ist. Ein unvermuthetes Zurufen, Pfeifen, Sausen des Windes, ein plötzlicher Gesichtseindruck ruft bei den genannten Völkern einmal Erschrecken bis zur Bewusstlosigkeit hervor: Castrén berichtet von einer Gesellschaft terskischer Lappen, welche in einer Hütte unter gleichgiltigen Gesprächen beisammensitzend durch plötzliches Anklopfen an die Wand derselben dermassen erschreckt wurden, dass sie alle zu Boden fielen, etwas mit den Gliedern zappelten und dann wie todt liegen blieben. Nach einiger Zeit stiegen sie auf als ob nichts passirt wäre. Andere Male bewirkt der Schreck Anfälle von blinder Wuth mit heftigen Gewaltthätigkeiten gegen die Ursachen des Schreckens, gegen die Umstehenden etc., ganz wie man es bei Geisteskranken und auch bei Hundswüthigen beobachtet.

Eine weitere Wirkung der Reflexerregbarkeit ist die Imitation. Nach Högström „kommt bei den Lappen oft ein solcher Grad von Excitabilität vor, dass sie die seltsamsten Erscheinungen manifestiren. Wenn ein Individuum den Mund öffnet oder schliesst, oder mit dem Finger auf irgend einen Gegenstand zeigt, oder tanzt, oder irgend eine andere Bewegung macht, so werden diese Bewegungen von allen, die sie bemerken, nachgeahmt. Wenn der Anfall vorüber ist, so fragen sie, ob sie etwas Unpassendes gemacht hätten, denn sie wissen selbst nicht, was sie thun". — Wenn der Pfarrer in der Kirche zu heftig gesticulirt, so sollen sie manchmal wie Verzückte aufspringen und umherrasen. Enge schliesst sich hieran

Tanzwuth, Tarantismus und Jumperei.[1])

§ 34. Dem historischen Scharfblick August Hirsch's konnte es nicht entgehen, dass diese Erscheinungen sowohl in ihrer Begründung als in der Form ihres Auftretens jenen mittelalterlichen „Volkskrankheiten" sehr ähnlich sind, welche J. F. C. Hecker in so klassisch schöner Darstellung geschildert hat. Vor allem ist hier an die Tanzwuth zu erinnern, welche in Deutschland als Johannis- und Veitstanz nach den Schrecknissen des schwarzen Todes auftrat;

1) Literatur: Hecker, Die Tanzwuth. Berlin. 1832 auch Volkskrankh. des Mittelalters, herausgeg. v. Hirsch. S. 143 ff. — Häser, Gesch. d. epid. Krankh. II. Aufl. Jena. 1865. S. 171. — Wicke, Versuch einer Monographie d. grossen Veitstanzes. Leipzig. 1844. S. 3 ff. — Ideler, Versuch einer Theorie d. relat. Wahnsinns. Halle. 1848. I. S. 532 ff. — Maury, Du corybanthisme etc. Annal. med. psychol. 1847. X. Juillet. — Heinr. Rohlfs, Med. Reisebriefe aus England u. Holland. Leipzig. 1868. S. 79 ff.

die Nachwehen dieser Seuche waren noch nicht einmal ganz verschwunden und in dem Gewissen Vieler schlug noch (wie Hecker hervorhebt) die Erinnerung an Gräuelthaten, die sie während der Krankheit begangen hatten. Zudem waren alle socialen Verhältnisse gelockert, wildes Faustrecht mit allen Unsicherheiten herrschte wie ehedem und grosse Ueberschwemmungen der Main- und Rheingegenden hatten unmittelbar vor dem Ausbruche der Tanzwuth stattgefunden, so dass durch erschütternde Eindrücke bei der Menge der Zustand des Nervensystems herbeigeführt worden war, welcher derartigen unerhörten Aeusserungen Vorschub leistet. Im Jahre 1374 trat die Tanzwuth zuerst in Aachen auf, bald darauf in den benachbarten niederländischen Städten, in Köln, wo über 500, in Metz, woselbst 1100 Tänzer sich schaarten. Hand in Hand tanzten Männer und Frauen, bis sie mit aufgetriebenem Leibe (Trommelsucht, mit Umwickelung von Tüchern, Faustschlägen und Fusstritten bekämpft) ächzend und stöhnend zu Boden fielen. Wo die „Krankheit“ vollkommen ausgebildet war, leiteten epileptiforme Krämpfe den Tanz ein, während dessen die Kranken Hallucinationen von Erscheinungen hatten, deren Namen sie hervorkrächzten. Idiosynkrasien gegen die rothe Farbe und die bald nach dem schwarzen Tode aufgekommenen spitzen Schnabelschuhe wurden an den Tänzern wahrgenommen. Viele versicherten hinterdrein, dass es ihnen gewesen sei, als wären sie in einem Strom von Blut gebadet worden und deshalb hätten sie so springen müssen. Auch verübten die Tänzer Gewaltthätigkeiten, namentlich gegen die Priester, welche ihnen mit Beschwörungen nahten und es hat den Anschein, als ob auch Steigerung der sexuellen Erregung vorhanden gewesen sei.

Das Ende der Tanzplage, die übrigens in früheren Jahrhunderten, 1021 bei Bernburg (18 Tänzer), 1237 in Erfurt (100 Kinder tanzten nach Arnstadt), 1278 in Utrecht (200 Tänzer stürzten mit der Moselbrücke zusammen), schon vorgekommen war, leitet die Strassburger Invasion vom Jahre 1418 ein; mildere Nachzügler der Epidemie reichen noch bis ins 16. Jahrhundert (Schenk von Graffenberg bei Hecker-Hirsch. S. 159).

Italien sah um eine spätere Zeit, aber wie Hecker angibt, durch die nämlichen Momente (Schrecknisse der Natur durch Seuchen etc.) vorbereitet eine ähnliche Erscheinung im Taranteltanze oder Tarantismus. Auch hier geschah die Verbreitung auf dem Wege der Nachahmung und die italienische Tanzwuth, ursprünglich nur an der Vorstellung der eingebildeten Folgen eines Tarantelbisses haftend, erreichte im 17. Jahrhundert ihre grösste Höhe in Extensität und

Heftigkeit. „Es waren nicht blos die Eingeborenen dieses Landes, die von dieser Krankheit ergriffen wurden, auch Fremde aller Farben und jeder Herkunft, Neger, Zigeuner, Spanier, Albaneser sah man von ihr befallen werden. Kein Alter schützte gegen die Folgen des (hypothetischen) Tarantelbisses und den Eindruck der gesehenen Anfälle, so dass selbst neunzigjährige Greise bei dem Klange der Tarantella (jener für die Kranken componirter Stücke) ihre Krücken hinwarfen und, als strömte ein verjüngernder Zaubertrank durch ihre Adern, sich den wildesten Tänzern zugesellten." — Abneigung gegen Speise, Begierde zum Alkoholgenuss complicirten diese Tanzplage, bei welcher ebenfalls mehrfache Idiosynkrasien, Schwindel, vorübergehende Blindheit, Schlaflosigkeit und völliger Wahnsinn beobachtet wurden. Unmotivirtes Weinen kam häufig, nicht selten auch Trommelsucht vor.

Aber mit diesen historischen Thatsachen erschöpft sich noch keineswegs die Lehre von der Tanzwuth; denn bis auf unsere Zeit haben sich die seltsamen Erscheinungen erhalten und zwar in Verbindung mit religiösen Uebungen gewisser Secten. Wenn Hecker vor 30 Jahren von den religiösen Zusammenkünften der Jumpers oder Springer jener Methodisten, welche in England und den Vereinigten Staaten vorkommen, behauptete, dass dieselben einige Stunden lang mehr den wildesten Orgien als Vereinigungen zu christlicher Erhebung gleichen, so geht das nämliche aus einem Berichte von Heinrich Rohlfs aus dem Jahre 1866 hervor. In der englischen Grafschaft Carnarvon nämlich hat sich bis auf unsere Tage die Sache noch nicht geändert: „Die Jumpers, an deren Versammlungen sich oft 5—6000 Menschen betheiligen sollen, bilden sich ein, unmittelbar unter dem Einfluss der göttlichen Gnade zu stehen und direct vom heiligen Geiste beseelt zu sein. Diese göttlichen Inspirationen äussern sich in mimischen und muskularischen Verzerrungen, Verdrehungen und Krämpfen, eine bachantische Raserei bricht aus, Entzücken und Jubel verwandeln sich in Toben und Heulen. Das Schamgefühl wird aufs tiefste verletzt, indem die jüngeren Frauen und Männer sich besonders auszeichnen, es sollen sich Scenen ereignen, wie sie auf den Saturnalien und eleusinischen Festen nicht ärger ausgeführt sein können. Die Jumpers bewahren kaum noch das Aussehen von Menschen, sie reissen sich die Haare vom Kopfe und die Kleider hängen bei Männern und Weibern in Fetzen herunter. Die Fanatiker rasen so lange fort, bis sie nicht mehr athmen können und selbst das Herz stille steht, fallen besinnungslos zu Boden und werden von denjenigen, die noch nicht in dieses Stadium der „Gnade" eingetreten sind, aus

dem Getümmel hinweggetragen. Dafür aber sollen die zuerst „Abgefallenen“ am meisten unter dem Einfluss der übernatürlichen Einwirkung stehen und erfreuen sich deshalb auch des grössten Einflusses. „Die Geistlichen geniessen den Vorzug zuerst und am intensivsten von dem „Ausfluss der göttlichen Begeisterung“ ergriffen zu werden, in kimmerischer Sprache beginnen sie vor der, anfangs noch Beine und Arme und übrige Gliedmassen in ihrer Gewalt habenden Menge, ihre ciceronianischen Reden vorzutragen, das ganze Feuer ihrer Beredsamkeit wird in kurzen und begeisterten Sentenzen und Apophthegmaten über die empfängliche und nervös gereizte Menge ausgegossen, ihr Ton wird immer lauter, ihre Gesticulation immer gefährlicher, jeder Nerv, jeder Muskel ihres Körpers geräth zuletzt in Vibrationen. Ein unarticulirtes Heulen entfährt ihrem Munde. Wie ein elektrischer Schlag wirkt das auf die Menge. Jetzt auf einmal allgemeines Weinen, Schreien, Stöhnen, Springen, Tanzen, Schlagen, Lieben, Wüthen u. s. w.“ Auch andere Gegenden von Nordwales, namentlich Pwleheli, sollen Sitz der Jumperei sein; doch behauptet Carnarvon die Ehre, die Metropole derselben zu sein (Heinrich Rohlfs, Medicinische Reisebriefe aus England und Holland. S. 79).

Gibt sich schon vielleicht in den mittelalterlichen Tanzplagen das Wiederaufschiessen eines alten Ueberlebsels gewisser aus der Heidenzeit stammender Gebräuche (Johannis-Feuer, um welche Jung und Alt wie besessen ähnlich herumtanzten, wie bei den altrömischen Feuerlustrationen) zu erkennen, so ist Rohlfs geneigt, die Tanzwuth in der Grafschaft Carnarvon als eine epigonische Reliquie der mittelalterlichen Tanzwuth zu betrachten und Hirsch macht darauf aufmerksam, dass in den Rheinlanden, und zwar zu Echternach, alljährlich Feste der springenden Heiligen stattfinden, welche sicher aus der Zeit jener verheerenden Seuchen stammen und zum Andenken an dieselben als „Ueberlebsel“ gefeiert werden (Hecker-Hirsch, a. a. O. S. 163).

§ 35. In den eben geschilderten Erscheinungen trat eine mit der vorhandenen Excitabilität des Nervensystems zusammentreffende Willenlosigkeit hervor, vermöge deren durch überraschende sinnliche Eindrücke hervorgerufene Bewegungsvorstellungen motorische Erregungen auslösen; umgekehrt könnte eine gewisse Analogie für die Stumpfsinnigkeit mancher Geisteskranker in jener Indolenz tropischer Negerstämme erblickt werden, welche mit apathischem Indifferentismus selbst den Tod herannahen sehen (Bastian, Der Mensch in d. Geschichte. Bd. II. S. 562). — Etwas ganz anderes ist es, wenn von

der Vorstellung aus die Gefühle unterdrückt und die natürlichen Reactionen auf die Empfindungs- und Gefühlserregungen hintenangehalten werden. Bekannt sind die Erscheinungen an Hysterischen, die, um Bewunderung und Aufsehen zu erregen, Schmerzen ertragen, ja sich selbst verstümmeln. Die Bewohner des inneren Afrika nächst der Loangoküste bringen sich tiefe Schnitte im Gesichte an, damit man sie für Männer von Herz halte (Bastian, Die deutsche Expedition an der Loangoküste. Bd. I. S. 315). Das Ueberwältigungsgefühl mancher Geisteskranken findet vielleicht ein Aequivalent in dem Verhalten der schlaffen ostasiatischen Völker, welche sich willenlos ihrem Geschicke oder Missgeschicke hinzugeben vermögen. Die Einsicht, dass der Mensch sein Schicksal selbst schaffe, eine Erkenntniss, welche den Fatalismus null und nichtig macht, wird man weder vom unentwickelten noch vom kranken Menschen verlangen. Sie ist ein Product der Civilisation, vielleicht sogar deren wichtigste Errungenschaft.

So kommen wir denn von selbst zu den ethnologischen Analogien der Wahnvorstellungen, dem wichtigsten Gegenstande unserer jetzigen Besprechungen. Ein weites von den mannigfaltigsten und eigenthümlichsten Phänomenen belebtes Gebiet eröffnet sich hier dem historisch-geographischen Blicke. In den Thatsachen selbst aber tritt sofort ein natürlicher Zug des Menschen zu Tage, welcher die Erscheinungen bei aller Mannigfaltigkeit dennoch nahe verknüpft: es ist das menschliche Causalitätsbedürfniss. Ein jedes Geschehen in der Aussenwelt und nicht minder im menschlichen Bewusstsein selbst muss seine Ursache haben. Leicht begnügt sich nun eine noch schwache Erkenntniss mit phantastischen Gründen, welche ihr zureichend erscheinen, ja man kann wohl sagen, dass auf der niederen Stufe für die dunkelsten und am schwersten zu verstehenden Erscheinungen am liebsten auch gerade die dunkelsten Ursachen gesucht, angenommen und geglaubt werden. Versuche, das Nützliche und Schädliche in der Natur, das Gute und Böse im Menschen zu erklären, führen daher zunächst zur Annahme persönlicher Naturgewalten. Zwei Principien sind es, die in den dualistischen Religionen verkörpert oder in der Idee als Gegensätze auftreten und um den Menschen, sogar in ihm selbst sich streiten: ein guter Geist und ein schlimmer Antagonist desselben. Das üppige Phantasiespiel, aufgestachelt durch Schrecken und Leid, heckt eine Masse von Gestalten der Einbildung als Kindern „des Bösen“ oder des guten Principes aus, welche für jene schlimmen und nützlichen Naturerscheinungen verantwortlich sind. Der kenntnissarme Mensch, bei seiner Unfähigkeit, die Natur

und sich zu beobachten und Gesetze aus den Beobachtungen zu entwickeln, vermuthet diese Wesen in allen Gegenständen der Wahrnehmung und in seinem eigenen Leibe. Vorschriften und Gebräuche des Handelns passen sich alsbald diesen Theorien an und eine natürliche Nothwehr gegen die Feinde wird ausgebildet, während anderseits durch gefällige Leistungen das gute Princip zum besonderen Schutze des Einzelnen veranlasst werden soll.

Geschlechts- und Thierverwandlung.[1]

§ 36. Von der conträren Sexualempfindung Westphal's als einer „angeborenen Verkehrung der Geschlechtsempfindung mit dem Bewusstsein der Krankhaftigkeit der Erscheinung" muss man den nicht selten bei Geisteskranken vorkommenden Wahn der Geschlechtsumwandlung wohl unterscheiden. Für diesen bietet schon die von Herodot und Hippokrates beschriebene Weiberkrankheit der Scythen, jene in früheren Zeiten so vielfach discutirte θήλεια νόσος eine Analogie. Die betreffenden Männer, welche ἀνάνδριες hiessen, standen unter dem Volke als von den Göttern mit Unfähigkeit geschlagene Individuen in hohen Ehren und wurden beinahe angebetet; ein Gleiches wird von den Zauberern unter den Bewohnern der russisch-amerikanischen Insel Kadjak erzählt, welche weibliche Arbeiten verrichten, mit Weibern zusammen wohnen und gleich diesen mehrere Männer haben. Solche Mannweiber, oder wenn man will, Weibmänner kommen auch bei anderen amerikanischen Stämmen, bei den Patagoniern, in Canada, Illinois, Californien und bei den Sioux vor, unter den letzteren stehen sie im Rufe der Heiligkeit und geniessen hohe Ehre. Auch auf den Gesellschaftsinseln hat man sie gefunden, desgleichen unter mehreren Steppenvölkern Russlands (Nogaier, Kalmücken etc.). In der Regel betrifft die Sexualmetamorphose Priester. Umgekehrt fand man auf der Insel Ramrih Frauen, welche

1) Literatur: Aeltere bei Friedreich, Literaturgeschichte d. Pathol. u. Ther. d. psych. Krankh. Würzburg. 1830. S. 31. — Bastian, Beiträge etc. S. 234 ff. — Derselbe, Zeitschr. f. Ethnologie. Bd. I. 1869. S. 88. — Friedreich, a. a. O. S. 17 u. 135 ff. — Hecker, Tanzwuth. S. 62. — Häser, Hist. path. Untersuchungen. S. 136. — Derselbe, Geschichte d. epid. Krankh. S. 167. — Calmeil-Leubuscher, S. 68, 86, 98, 107 u. 134. — Leubuscher, Ueb. Wehrwölfe u. Thierverwandlungen. Berlin. 1850. — F. G. Welcker, Kleine Schriften. Bonn. 1850. S. 157 ff. — Bastian, Der Mensch in d. Geschichte. Bd. II. S. 32. — Sprengel, Geschichte d. Arzneikunde. III. Aufl. Halle. 1823; Bd. II. S. 243; Bd. III. S. 176. — Tylor, a. a. O. Bd. I. S. 304 ff.

als Männer functionirten und dem religiösen Cultus vorstanden. Sie liessen sich anderen Frauen antrauen, mit denen sie dann wie Männer zusammen lebten. Also auch hier ist die sociale geschlechtliche Metamorphose mit der priesterlichen Würde vereint, und es verdient darauf hingewiesen zu werden, dass schon die Priester der Cybele und diejenigen der Aphrodite in Weiberkleidern erschienen.

Der Glaube, dass Menschen in Thiere verwandelt werden können, welcher die Analogie der Melancholia metamorphosis oder Zoanthropie bildet, geht durch die ganze Welt. Ganz gewöhnlich ist die Metamorphose ein Werk der Zauberei. In der Regel geben die den Menschen am meisten gefährlichen Thiere die Formen der Verwandlung ab. So im Alterthume und Mittelalter der Wolf, bei den Abyssiniern, den benachbarten Gallas und den Bewohnern Sudans die Hyäne; die Hottentotten wiederum glauben an Metamorphose in Löwen gleich den südafrikanischen Negerstämmen, die Abiponen an Tigerverwandlung etc.

Die Lykanthropie war im Alterthum vorzugsweise in Arkadien heimisch und der Glaube hing dort mit einem dem lycäischen Zeus dargebrachten Menschenopfer zusammen. Diejenigen, welche dieses Opfer vollbracht hatten, flohen in einen finstern Wald, in welchem sie neun Jahre lang in Wolfsgestalt leben mussten, um nach Ablauf dieser Zeit wieder als Menschen zu den Ihrigen zurückzukehren. Die mittelalterliche Lykanthropie, welche in naher Beziehung zu dem Teufels- und Dämonenglauben stand, trat in Deutschland und Frankreich, in Italien, sodann in Lievland und Curland zuweilen förmlich epidemisch auf. Im 17. Jahrhundert erlosch die Lykanthropie, nachdem längere Zeit hindurch nur sporadische Fälle vorgekommen waren. Welcker hat gezeigt, dass es sich bei der Lykanthropie des Alterthums um zwei verschiedene Dinge handele, einmal um einen Aberglauben, sodann um eine Krankheit. Dasselbe gilt von der Lykanthropie des Mittelalters; einzelne Personen glaubten wirklich, dass sie in Wölfe verwandelt seien und erst spät kam man darauf, dass bei ihnen eine Geistesstörung vorhanden sei. Die allgemeine Annahme im Volke ging dahin, dass die betreffenden Individuen, und diese machten zum Theil bestätigende Angaben durch Gebrauch von Hexensalben die Metamorphose bewerkstelligten. Die Haare sollten dann nach innen wachsen, daher der Name Versipellis für den Wehrwolf. — Offenbar handelte es sich in solchen Fällen um Sensationen der Tastnerven und Veränderungen des Allgemeingefühls, welche durch die Hexensalben hervorgerufen waren. Die Natur der Thiere stellte sich nach dem Volksglauben so weit her, dass die Wehrwölfe

Menschen, namentlich Kinder und Mädchen anfielen, einsam oder in Rudeln einherstreiften, mit wirklichen Wölfen geschlechtlichen Umgang hätten, dass aber in Bezug auf die Seele keine wirkliche Verwandlung (Metempsychose) vor sich gehe. Leubuscher hat den Wehrwolfsglauben und die Wehrwolfsmanie mit dem später ebenfalls hier und da epidemisch auftretenden Vampirismus zusammenzubringen versucht. Dieser ist aber eine Varietät des Gespensterglaubens und hat mit der Lykanthropie nichts gemein.

Dämonie, Inspiration und verwandte Phänomene.[1])

§ 37. Gassner, ein Priester, von dem man nicht weiss, ob er ein Fanatiker oder Betrüger gewesen, unterschied sorgfältig bei seinen Exorcismen die eigentlichen Besitzungen, possessiones, von den blossen Belagerungen, obsessiones, und diese von den Anfechtungen, circumcessiones (Curt Sprengel, a. a. O. Bd. V. S. 625). Damit ist der Vorstellungsinhalt bei Geisteskranken und den Völkern auf gewissen Culturstufen richtig ausgedrückt und gut classificirt.

Alle niederen Stämme glauben an Hexerei, Zauberei und Besessensein. Allenthalben in der belebten wie todten Natur, in Mensch und Thier, Pflanze, Stein, in Luft und Wasser lauern ihnen Dämonen und Kobolde. Um Leben und Gesundheit und die Mittel, welche diese vernichten, dreht sich zunächst der Dämonenglaube, der am üppigsten da zur Entwickelung gelangt, wo die Natur durch unaufhörliche wechselvolle und tumultuarische Veränderungen schreckt, oder in ruhigen grotesken Formen majestätisch, in Oede und in Leere nichts leistend, sondern nur alles versagend, beängstigend, gefährlich wirkt. Die tobenden Stürme der Steppen, der Küstenländer und Meere, vulkanische Ausbrüche und convulsivische Erderschütterungen, verheerende Ueberschwemmungen gewaltiger Ströme, ende-

1) Literatur: Sprengel, a. a. O. (II. Aufl.) Bd. III. S. 261 ff. — Friedreich, a. a. O. S. 127. — Calmeil-Leubuscher, a. a. O. S. 30 ff. — Derselbe, a. a. O. Bd I. § 21 ff. — Amelung, Predigerkrankh. in Schweden. Canst. Jahresb. 1842. Bd. I. S. 622. — Wretholm, Schlatter, Rees, Ueb. Predigerkrankh. in Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1852, 1854, 1856. — Giraud-Joulon, Gaz. med. de Paris. 1859. No. 40 u. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1859. S. 799. — Zillner, Die Pöschlianer etc. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1860. S. 565. — Ricker, Seelenstörungen. Erlangen. 1864. S. 104 ff. — Velthusen, in Allg. Zeitschr. f. Psych. 1862. S. 275. — Kuhn, in Annal. medico-psychol. 1865. p. 400 und Allg. Zeitschr. f. Psych. 1866. S. 42. — Hecker(-Hirsch) a. a. O. — Bastian, Der Mensch in der Geschichte. Bd. II. S. 557 ff. — Derselbe, Beiträge etc. S. 115 ff. — Tylor, a. a. O. I. S. 98, 151 ff.; II. S. 111, 123, 180, 406 ff.

mische, mörderische Krankheiten und die Nähe reissender Thiere leisten dem Dämonenglauben nicht weniger Vorschub als die Einöde der stillen Sand- und Wasserwüsten, des ewigen polaren Schnees und der langen Nächte nördlicher Breiten, welche alle an sich schon zu Sinnestäuschungen und aufgeregtem Spiele der Phantasie Veranlassung geben, unterstützt noch durch die Gefahren des hülflosen Verhungerns.

Wo die Natur zahm ist und durch Gewährung sicherer Existenz die Richtung des Menschengeistes in sich selbst gestattet, da kommen andere dämonische Vorstellungen auf. Bis in vorgeschrittenere Civilisationsepochen herauf noch unvermögend, sich selbst als den Ursprung von gewissen Gedanken und Gefühlen, Antrieben und Handlungen zu erkennen, so pflegt der Mensch das in ihm vorgehende auf die Wirkung fremder Gewalten zu schieben und namentlich die Verantwortung für schlimme Regungen in seinem Inneren denjenigen Mächten zu überlassen, welche als eingebildete böse Principien von früheren Stufen der Cultur mit herübergenommen worden sind. Besonders ist es der innere Widerpruch im Menschen, der seine Verkörperung findet in gewissen ausser ihm selbst vermutheten aber zur Einkehr in den menschlichen Leib oder doch zur Beeinflussung seiner Regungen fähigen Principien. So kamen jene Vorstellungen von Abgezogenwerden und Gemachtwerden der Gedanken, für welche Griesinger im Gesunden keine Analogien finden konnte, in das Bewusstsein der Menschen, die wir heutzutage am häufigsten bei psychisch Leidenden aber auch bei abergläubischen Menschen noch vielfach beobachten. Kein Zeitalter hat es in diesem Glaubensartikel so weit gebracht, als das finstere Mittelalter und selbst bis in die neuen aufgeklärten Zeiten herein mussten sich diese „Ueberlebsel" in der Cultur erstrecken, deren Ursprung und allgemeine Verbreitung uns umsoweniger überraschend erscheinen kann, als in den Zeiten ihrer schlimmsten Herrschaft die Wissenschaften in einem traurigen Zustande sich befanden und selbst die Besten der Zeit mit wenigen Ausnahmen (Wierus) durch Schrift und Wort den Aberglauben verbreiteten und befestigten. So lange die sogenannten Wissenschaften der Astrologie, Alchymie, Theosophie, Nekromantie etc. gepflegt wurden und auf der Tagesordnung standen, durfte auch der Teufelsglaube als ein berechtigter Inhalt des gesellschaftlichen Bewusstseins lebendig bleiben.

Das Zusammenwirken eines lebhaften religiösen Gefühles mit den lockeren Zuständen öffentlicher Moral und starker Sinnlichkeit (vgl. Scherr, D. Cultur- u. Sittengeschichte. Bd. I. Cap. 9), die

Askese des Klosterlebens, und wie man auch hervorgehoben hat, jene mit der Reformation sich ergebende Sistirung der Wallfahrten etc., durch welche viele hysterische Weiber von ihren Zufällen geheilt worden seien, richteten den Boden her, auf welchem die schon nahe an das Gebiet des Krankhaften herantretende vermeintliche Besessenheit und teuflische Buhlschaft so lebendig emporwachsen konnten, dass sie nicht nur in den Nonnenklöstern (vgl. Calmeil-Leubuscher, S. 5), sondern auch unter dem Volke geradezu als epidemischer Aberglauben sich zu verbreiten vermochten. Es würde uns zu weit führen, die seuchenartigen Invasionen von Besessensein im Einzelnen zu betrachten, welche sich im 15., 16. und 17. Jahrhundert immer und immer wiederholten. Der allgemeine Charakter derselben ist stets derselbe: insofern sich das regelmässig wiederkehrende Bild einer hysterisch-nymphomanischen Psychose entrollt mit Convulsionen, Sensationen, Sinnestäuschungen, Delirien, Bewusstseinsstörungen und vollständig systematische Wahngebilde sind wir vollkommen zu der Annahme berechtigt, dass aus den gewaltigen Hirnerregungen, welche die angeführten ätiologischen Momente herbeiführten, eine Geistesstörung hervorkam, in deren Krankheitsbild die allgemein verbreitete Aberglaubensform eben herrschend in den Vordergrund trat.

Dass dergleichen epidemische Formen der Besessenheit auch der Gegenwart nicht ganz fremd sind, beweisen die Ereignisse zu Morzine in Hoch-Savoyen in den Jahren 1861 und 64. Bei der dortigen Bevölkerung, welche unwissend und ausser Communication lebte, waren bei häufigen Heirathen unter Blutsverwandten hysterische und hypochondrische Zustände, wie berichtet wird, an der Tagesordnung. Schlechte Nahrung und dieser entsprechende Blutbeschaffenheit wirkten noch als Hülfsmomente. Im Jahre 1861 brach daselbst eine „Epidemie hystéro-démonopatique" unter der jugendlichen weiblichen Bevölkerung aus. Befallene zählte man 90, alles Mädchen von 12 bis 13 Jahren mit allen Zeichen der Chlorose. Die Erscheinungen bestanden in melancholischer Verstimmung, zu welcher Hallucinationen und Illusionen sich gesellten. Paroxysmen, die gewöhnlich durch den Anblick eines Priesters oder Arztes, oder durch Schreck, Furcht, Zorn oder Schmerz ausgelöst wurden, begannen mit Blässe des Gesichtes, stierem Blick, klonischen oder tonischen Convulsionen; darauf wurden die Befallenen geschwätzig, unter Sinnestäuschungen, die ihnen die umgebenden Personen als schwarze Teufel erscheinen liessen, geriethen sie in Wuth, griffen die Anwesenden, namentlich diejenigen an, welche nicht an Besessenheit glaubten. Einige zeigten Mordsucht,

andere Selbstmordgedanken, während sie die Zahl der in ihrem Körper befindlichen Teufel angaben, die sie aus dem Inneren sprechen hörten. Hülfeleistung bei diesen Anfällen, welche mit dem Gefühl von Enge und Zusammenschnürung der Brust verliefen, steigerte die Heftigkeit derselben. Erstickungsgefühle, Besinnungslosigkeiten mit allgemeiner Anästhesie, Aufhebung der Respiration und Circulation, in milden Anfällen Schlundkrämpfe und partielle Convulsionen in Gesicht und Extremitäten deuteten auf das Obwalten bestimmter Innervationsstörungen hin.

§ 38. Zauberer, Hexen und Geisterbeschwörer glauben, dass ihnen übernatürliche Kräfte zu Gebote stehen und dienstbar sind. Gleichgiltig, woher ihnen diese Eigenthümlichkeiten stammen, ob von einem guten oder bösen Principe, oder ob sie als Folgen der angeborenen besseren Beschaffenheit selbst gelten, die Besitzer haben stets einen Vorzug vor anderen voraus. Solche Individuen finden sich ausnahmslos bei den niederen Stämmen; Schamanismus, Zauber- und Ritualwesen gehen ja durch die ganze Welt. Mit der Schöpfung symbolischer Handlungsformeln bildet sich eine Wissenschaft der Einbildung aus und für die Proceduren selbst wird durch gewaltige Phantasieerregung, auch durch Gifte, Nahrungsabstinenz etc. ein Zustand des Gehirnes erzeugt, der zu pathologischen Aeusserungen der Vorstellungsorgane der geeignete ist. Wenn auch öfter die Person des Ausübenden gegen die eingebildete Sache und die Formelwirthschaft zurückzutreten scheint, so bleibt doch die Idee der Bevorzugung und besonderen Erleuchtung unverändert. Ueberlebsel des Zauberwesens liegen uns nahe genug: Kartenschlägerei und Wahrsagerei, Traumdeuterei und Looswerfen, sowie sympathetische Curen etc. sind noch heute an der Tagesordnung, und weiterhin machte die Geisterklopferei und Nekromantie, Tischrücken und Psychographie gerade in der allerjüngsten Zeit noch mächtige Propaganda. „Die Welt wimmelt wieder, sagt Tylor, von denkenden und mächtigen, körperlosen, geistigen Wesen, deren directe Einwirkung auf Gedanken und Materie wieder zuversichtlich, wie in jenen Zeiten und Ländern vertheidigt wird, wo die Naturwissenschaft noch nicht soweit gediehen war, diese Geister und ihre Einflüsse aus dem System der Natur auszuweisen“

Die Idee der Bevorzugung und Auserwählung, welche mit den religiösen Vorstellungen sich verbindet, tritt in der „Theomanie“ und „Inspiration“ hervor. Besonders zu Zeiten religiöser Wendepunkte und kirchengeschichtlicher Epochen, aber auch sonst sind

Individuen schaarenweise aufgetreten, welche sich für Abgesandte Gottes und Werkzeuge seines Willens oder für wiedergekehrte Propheten, ja für Gott selbst ausgaben.

Den Lebensäusserungen krankhafter Processe darf man nur den religiösen Excess, den Glaubensrausch, wie Hecker es nennt, als Aequivalent zur Seite stellen und dieser unterscheidet die Fanatiker und die Inspirirten von den Gläubigen und den wahren Reformatoren geschichtlich und psychologisch. Der „Glaubensrausch" trat gewaltig hervor in den bekannten grossen Kinderfahrten von 1212 und 1238 (die Hecker als Psychopathien auffasst) und in milder Form wieder in jenen von Rees und Schlatter als „Predigerkrankheit" beschriebenen Bewegungen unter der kindlichen Bevölkerung einiger badnischer Orte in den Jahren 1852 u. 56. Religiöse Ueberspanntheit brachte die Verirrungen der Calvinisten in Frankreich in den Jahren 1686—1707 zu Stande, welche Calmeil gleich den an den Jansenisten 1731—41 beobachteten Erscheinungen als Theomanie mit Ekstase und Convulsionen beschrieben hat. Hier muss noch einmal an die oben erwähnten Jumpers erinnert werden, welche die modernen Repräsentanten der Inspirationsidee darstellen, denn sie bilden sich ein, direct unter dem Einflusse der göttlichen Gnade zu stehen.

Gemischte Formen derartiger psychischer Bewegungen, bei denen Verdammungs- oder Besessenseins-Vorstellungen mit denen der Auserwählung zugleich auftreten, sind ebenfalls nicht selten beobachtet worden. So waren unter den als Pöschlianern bekannten Fanatikern, die 1813 sich um einen überspannten, schliesslich geisteskranken, Bussprediger schaarten, zugleich Besessene und erleuchtete Seherinnen. Immer wähnte sich die Gesellschaft im Kreise der Teufel, glaubte das Richtschwert Gottes zu sehen, sie war voll Unruhe über die nahende Stunde und doch wieder voll Hoffnung auf Gnade. Durch Fasten, anhaltendes Beten und Kasteien erschöpft, bekamen sie Gesichte, mit denen sie Gespräche führten, sie wurden von Convulsionen befallen, bellten wie Hunde oder heulten wie Wölfe.

Auch die „Predigerkrankheit", die 1841 und 1854 „epidemisch" in Schweden auftrat, hatte das Charakteristische, dass Zerknirschung und Erleuchtung eine Verbindung eingingen. Bei der ersten Invasion leiteten Aengstlichkeit und allerhand nervöse Erscheinungen die mit leichter Ohnmacht beginnenden Anfälle des streng ascetischen Predigens ein. Nach diesen rhetorischen Attaquen, denen namentlich junge Mädchen ausgesetzt waren, folgte ein Stadium der Ekstase. In der zweiten derartigen Bewegung mischten sich später grob sinn-

liche Elemente ein, indem einzelne sich nackt auszogen und herumtanzten, um Adam und Eva vor dem Sündenfalle darzustellen.

Auch die Zufälle des „Rivivals“ (Wiederauflebende im Geiste) gehören hierher. Bei ihren Zusammenkünften schreien die Priester unaufhörlich von Hölle, Verdammung, Gnade. Nach einem Stadium des ängstlichen Schreiens, Heulens, Grunzens, während dessen die Zuhörer mit Händen und Füssen um sich schlagen, folgt die Erleuchtung; sie erklären jetzt, dass sie Gnade gefunden haben. Am heftigsten treten die Erscheinungen bei hysterischen Mädchen hervor. Solche Individuen waren es auch, die in der als „hysterical religion“ beschriebenen Belfaster „Epidemie“ von 1859 befallen wurden. Eine Fabrikarbeiterin von etwa 16 Jahren bekam zuerst in der Kirche Convulsionen, sprach anhaltend vom Teufel, der ihre Seele haben wolle aber nicht haben dürfte. In der Folge beteten täglich über hundert Mädchen darum, dass ihnen diese mit Krampfzufällen verbundene gesegnete Offenbarung der Gnade zu Theil werden möge. Auch wirklicher religiöser Wahnsinn wurde constatirt; ein Mädchen weihte sich freiwillig dem Hungertode, weil sie annahm, es sei von wegen der über sie gekommenen Gnade jetzt das Beste, aus dem irdischen Dasein zu scheiden. Eine andere riss sich ein Auge aus und, in die Irrenanstalt verbracht, versuchte sie, sich die Hand abzubeissen. Die Irrenanstaltsaufnahmen häuften sich in jener Zeit und es waren von 16 Erkrankten zu Belfast 12 religiös Verrückte.

Aehnliche Erscheinungen von „Erweckung“ wurden auch an den Kindern im Waisenhause zu Elberfeld im Jahre 1861 beobachtet.

Soviel über die Erkenntnissquellen der allgemeinen Psychopathologie. Die erste Reihe derselben, welche wir die pathologischen nennen können, weisen mit voller Bestimmtheit nach, dass die mit vorwiegend psychischen Störungen verlaufenden krankhaften Processe der Hirnrinde Wirkungen im Organismus hervorbringen, welche ihrerseits wiederum bestimmten Gesetzen gehorchen; die zweite Gruppe, die anthropologischen Hülfsquellen zeigen, wie die formellen Erscheinungen des Irreseins im Grossen und Ganzen die nämlichen sind, wie sie unter anderen Bedingungen vom normalen Bewusstseinsorgane geäussert werden.

Allgemeine Symptomatologie.[1])

§ 39. Eine allgemeine Symptomatologie der psychischen Störungen hat sich selbstverständlich mit den Elementarerscheinungen zu beschäftigen, welche die complicirten Krankheitsbilder zusammensetzen. Die physiologische Psychologie unterscheidet drei Hauptformen seelischer Lebensäusserungen: Fühlen, Vorstellen und Wollen. Dementsprechend betrachten wir in der allgemeinen Symptomatologie der psychischen Störungen Anomalien der Gefühle, des Vorstellens und des Wollens. Die weitere Classification der Elementarerscheinungen lehnt sich an die Eintheilung der Störungsformen an, welche die allgemeine Pathologie der Neurosen innehält. Sie unterscheidet zunächst zwei Abweichungen vom Normalverhalten: gesteigerte und verminderte Functionirung erkrankter Apparate.

Mit gutem Grunde führt sie dieselben auf krankhaft abgeänderte Erregbarkeit der ergriffenen Theile zurück: Hyperästhesie, Hyperalgie (und Neuralgie), Hyperkinese, Anästhesie, Analgie, Akinese sind die Begriffe, welche diese Erkenntniss ausdrücken. Auch die vom Normalverhalten abweichenden psychischen Lebenserscheinungen lassen sich in dieser Weise gruppiren: wir werden demnach von gesteigerter Erregbarkeit bezw. Erregung und von herabgesetzter Irritabilität der Gefühle, Vorstellungen und Willensimpulse sprechen. Hierbei nehmen wir den nämlichen Fehler mit in den Kauf, der auch den neuropathologischen Begriffen der „gesteigerten oder verminderten Schmerzerreglichkeit oder Reflexerregbarkeit“ anhaftet. Nicht die Functionen, sondern die Theile, von denen sie ausgehen, ändern in Krankheiten ihre Irritabilität.

1) Literatur: Reil, Fieberlehre. Bd. IV. § 47 ff.; Rhapsodien etc. § 9 ff. — Crichton, a. a. O. Buch II. — Heindorf, a. a. O. Buch I, II. — Rush, a. a. O. Cap. 10—20. — Dubuisson, a. a. O. S. 8 ff. — Heinroth, Lehrb. I. S. 137—396. — Buzorini, a. a. O. S. 42 ff. — Esquirol, Geisteskrankh. D. v. Bernhard. I. S. 4—14. — Friedreich, a. a. O. S. 99—202. — Guislain, Phrenopathien. Deutsch v. Canstatt S. 9—61; v. Wunderlich-Zeller. S. 1 bis 88 u. 440 ff. — Jessen, Berl. encyklop. Wörterb. Bd. XVIII. S. 500 ff. — Hagen, Wagner's Handwörterb. d. Physiol. Bd. II. S. 840 ff. — Griesinger, Pathol. u. Therap. d. psych. Krankh. Buch I. Abschn. 4; Ges. Abhandl. I. S. 3 bis 317. — v. Feuchtersleben, a. a. O. § 79—172. — Schnitzer's Handb. I. S. 1—21. — Henle, Ration. Pathol. III, 2. S. 150 ff. — Wunderlich, Path. 2. Aufl. III, 1. S. 137 ff. — Falret, Leçons. S. 33—185. — Morel, Traité etc. S. 273 ff. — Wachsmuth, a. a. O. S. 100—349. — Flemming, Pathol. u. Therap. d. Psychosen. Berlin. 1859. S. 43—92. — Dagonet, a. a. O. S. 33—108. — Brosius, Abhandl. Heft II. — Leidesdorf, a. a. O. S. 113 ff. — Brierre de Boismont, a. a. O. S. 708 ff. — Maudsley, a. a. O,

Anomalien der Gefühle.[1])

§ 40. Die Nervenphysiologie macht a priori die Voraussetzung des Bewusstseins, wenn sie den Empfindungsvorgang analysirt: äusserer Reiz, Leitung desselben durch den Nerven, Empfindung; die letzte Phase des Erregungsprocesses heisst Perception, sie ist also bewusst. Zwischen der Reizgrösse und der Empfindung besteht ein bestimmtes Verhältniss, welches das psychophysische Grundgesetz ausdrückt.

Die Pathologie nimmt bei der Definition der Empfindungsanomalien den normalen Perceptionsprocess zum Ausgangspunkte und lehrt, „dass, während die inneren und äusseren Reizquellen fort und fort wechseln, der andere Factor unseres Empfindungslebens, die mittlere Erregbarkeit des Empfindungsapparates, nahezu constant bleibt, oder wenigstens nur leichte und temporäre, der Mehrzahl der Menschen kaum auffällige Schwankungen erleidet“, dass dagegen bei Krankheiten des Empfindungsapparates die mittlere normale Erregbarkeit desselben alterirt und ein Missverhältniss zwischen Reizstärke einerseits und Reaction im Bewusstsein anderseits vorhanden ist. So entstehen die Begriffe der Hyperästhesie und Anästhesie. Man unterscheidet peripherisch, in der Leitung und central begründete Hyperästhesien und Anästhesien. Als nahe verwandt der letzteren Gruppe von Empfindungsstörungen erachtet man die psychischen Hyperästhesien und Anästhesien, mit welchen wir uns bald zu beschäftigen haben werden.

In ihrer ursprünglichen, reinen Form ist die Empfindung ein Erregungszustand des Bewusstseins, der lediglich die Bestimmung der

1) Literatur: Aeltere Liter. bei Plouquet, Lit. med. digest. Art. „Ekstasis“ Bd. II. S. 3; Art. „Mens“ Bd. III. S. 95. — Die oben angeführten Schriften über „allg. Symptomatologie.“ — Hohnbaum, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. II. Heft 2. — Nasse, ibidem. Bd. IV. Heft 4. — Brosius, ibidem. Bd. XIV. S. 189. — L. Meyer, Charité-Annal. V. Heft 3. S. 26 ff. — Wachsmuth, Zeitschr. für ration. Med. v. Henle u. Pfeuffer. III. Reihe. Bd. II. S. 119—159. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XV. S. 325. — Erlenmeyer, Wie sind die Seelenstörungen in ihrem Beginne zu behandeln? Neuwied. 1863. (5. Aufl.) S. 17—42. — Albers, Memoranda d. Psych. S. 160 ff. — Frese, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXVII. S. 59. — Derselbe, ibidem. Bd. XXVIII. A. S. 119. — Meynert, Psych. Centralbl. Wien. 1871. No. 12. — Derselbe, Anzeiger d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien. 1875. Nr. 10. S. 89. — Spamer, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VII. S. 160. — Ausserdem: Moreau, Psych. morbid. Paris. 1859. p. 248 ff. — Le Grand du Saulle, Die erbliche Geistesstörung. Deutsch v. Stark. Stuttgart. 1874. — v. Krafft-Ebing, Gerichtliche Psychopathologie. Stuttgart. 1875. S. 146 ff. 155 ff. (woselbst auch Literaturangaben).

Intensität und Qualität des äusseren Reizes in sich fasst. Das Bewusstsein hat aber zum Empfindungsvorgange noch weitere Beziehungen, von denen das sinnliche Gefühl die nächste, die Wahrnehmung die entferntere ist. Das sinnliche Gefühl gibt die Theilnahme an, welche das Bewusstsein an Qualität und Intensität der Empfindungen nimmt. Diese Theilnahme kann nur Lust oder Unlust sein. Beide Phasen des sinnlichen Gefühles hat man die Betonung der Empfindung, die Gefühlstöne derselben genannt; man hat auch angenommen, die Lust entspreche der Bejahung, die Unlust der Verneinung, jene der Förderung, diese der Hemmung, Störung des Befindens, es sei also das Gefühl ein dunkles Urtheil über die Natur der Empfindung selbst. Jedenfalls sind die Gefühle subjective Bestimmungen der Empfindung, welche neben der — objectiven — Qualität und Intensität des Empfindungsvorganges im Bewusstsein hervortreten. Bisweilen fehlt — scheinbar wenigstens — der Empfindung diese Betonung mit subjectivem Gefühle, sie ist dann weder mit Lust noch mit Unlust verknüpft; streng genommen freilich ist die Betonung so schwach, dass sie bei dem ganzen Processe nicht erheblich mitwirkt. Gegenüber diesen „unbetonten“ Empfindungen, die also ganz vorwiegend objective sind, pflegen andere mit so lebhaften Gefühlen behaftet zu sein, dass diese ihre subjectiven Bestimmungen fast allein im Bewusstsein hervortreten. Im engeren Sinne bezeichnet man jene als Empfindungen schlechthin, diese aber geradezu als Gefühle. Die Summe aller Gefühle, welche aus den Empfindungen des eigenen Leibes hervorgehen, begreift das sog. Gemeingefühl in sich. Alles somatische Wohl und Wehe ist Gemeingefühl. Von den Factoren desselben sind entschieden die dunkeln Organempfindungen der Drüsen, Knochen u. s. w. geeigneter, die subjectiven Gefühlstöne zu erzeugen, als die Innervationsempfindungen der Muskeln und sensibeln Bahnen: jene werden fast nur mit Schmerz (selten in Lust), diese oft genug ohne Gefühlsbetonung bewusst. Immerhin begleitet das Gefühl auch die Empfindungen der letzteren Kategorie doch noch häufiger (Lust oder Unlust der Bewegungsempfindungen etc.) als die Innervationsempfindungen des Seh- und Hörnerven, die nur unter ganz besonderen Bedingungen wenigstens stark betont werden, so bei schreienden Farben, die dem Auge, bei schrillen Tönen, die dem Ohre „wehthun“ einerseits, bei sanften Tönen, ruhigen Farben anderseits. Gewisse Innervationsempfindungen der Tastnerven sind mit den höchsten Graden der Lust, andere mit Schmerz betont, viele andere bleiben, was Gefühle anlangt, stumm. Geruchs- und Geschmacksinner-

vationen sind stets mit Lust oder Unlust verbunden: Es gibt nur angenehme und widrige Geschmäcke (zu letzteren gehören auch die faden) und ebensolche Gerüche.

Wenn aus den sinnlichen Empfindungen (des Gesichts und Gehörapparates) die als Wahrnehmung bezeichnete Vorstellung hervorgeht, d. h. wenn die räumlichen und zeitlichen Beziehungen der Empfindungen untereinander Inhalt des Bewusstseins werden, so kann dieser Vorstellungsprocess ebenfalls entweder mit Lust oder mit Unlust betont sein. Dies sind die sogenannten ästhetischen Gefühle, das Wohlgefallen bezw. Missfallen im Ansehen, Anhören. Nur Gesichts- und Gehörsvorstellungen vermögen ästhetische Gefühle zu entwickeln. Tastvorstellungen bringen keine Gefühle hervor, sondern nur die Empfindungen, aus welchen sie gebildet werden. Somit sind alle Tastgefühle sinnliche; im gleichen ist jedes Gefühl, das einer Geruchs- oder Geschmacksempfindung entspringt, kein ästhetisches, sondern ein sinnliches.

Die Gefühle endlich, welche Vorstellungsprocessen höherer Ordnung, den Wechselwirkungen von Vorstellungen untereinander, ihren Ursprung verdanken, bezeichnet man als eigentlich psychische oder intellectuelle Gefühle. Sie lassen sich in dem allgemeinen Begriffe Gemüth zusammenfassen. Auch die Gemüthsbewegung ist formell nur Lust oder aber Schmerz, und wenn einer Erinnerungs- oder Phantasievorstellung, einem Gedankengange, einer Erkenntniss u. s. w. — scheinbar — keinerlei Gefühl anhaftet, so ist eben auch keine Gemüthsbewegung vorhanden. Indessen, es gilt hier ganz dasselbe, wie bei dem Empfindungsprocess: es gibt keinen psychischen Vorgang dieser Art, der nicht Lust oder Unlust, wenn auch nur in sehr schwachen Graden, mit sich brächte. Intensiv dagegen treten die gemüthlichen Gefühle in den Affecten hervor, in welchen höchste psychische Lust oder Unlust ganz allein das Bewusstsein (beim Gesunden in der Regel nur für kurze Zeit) ausfüllen. Schwächer wiederum sind die intellectuellen Gefühle bei den Stimmungen — Heiterkeit, Traurigkeit — aber sie verweilen dafür länger im Bewusstsein, als bei den Affecten. Diese beiden Arten intellectueller Gefühle werden erzeugt durch gewisse nur gelegentlich angeregte Vorstellungsprocesse; die sogenannten Gesinnungen aber die höchsten rein menschlichen Gefühle verdanken ihre Herkunft langen Vorstellungsoperationen, sie sind gebunden an abstracte Begriffe und Ideen, die, einmal durch Erkenntniss gewonnen, fast fortwährend unter den mannigfaltigsten Formen wiederkehren und mit der Reproduction auch stets die adäquaten

Gefühle wecken. Hierher gehören die religiösen, moralischen und socialen Gefühle, welche in Andacht, Skrupel, gutem Gewissen, Reue, Mitfreude, Mitleid, Achtung, Liebe, Hass, Verachtung etc. aller möglichen Variationen fähig sind, aber wie mässig, wie heftig sie auch sein mögen, stets Formen der Lust und Unlust wiederholen.

Dass innerhalb der Gesundheitsbreite schon wesentliche Differenzen hinsichtlich der Erreglichkeit psychischer Gefühle bei den einzelnen Individuen obwalten, drückt die alte Lehre von den Temperamenten aus, die vielfach auf die Spitze getrieben, und deshalb auch verworfen werden, aber dennoch sehr real ist, wie die tägliche Erfahrung nachweist.

Obwohl nun sämmtliche Gefühlsanomolien psychopathologisch wichtig sind, rechnet man üblicher Weise doch nur die Störungen der ästhetischen und intellectuellen Gefühle zu den Objecten unseres Wissenszweiges. Die Abänderungen im Verhalten sinnlicher Gefühle behandelt die allgemeine Pathologie der Neurosen. Soweit als möglich werden wir diese allerdings rein äusserliche Scheidung aufrecht erhalten. Einige Anomalien der sinnlichen Gefühle müssen indessen im Folgenden zur Sprache kommen, diejenigen nämlich, welche bestehen in einer ungewöhnlichen (angenehmen oder schmerzlichen) Antheilnahme des Bewusstseins an dem sinnlichen Beeinflusstwerden ganz im Allgemeinen, sodann solche, bei denen Phantasievorstellungen wesentlich mitwirken.

Die Pathologie des Nervensystems scheidet Hyperalgien, Neuralgien, Analgien aus den umfassenden Begriffen der Hyperästhesien und Anästhesien aus. Auch die allgemeine Pathologie der Psychosen darf gesteigerte Erreglichkeit, spontane Erregung und herabgesetzte Irritabilität der Unlustgefühle unterscheiden. Wo das specifische Element des Schmerzes bei irritativen Sensibilitätsneurosen nicht hervortritt, sondern nur ein dem Schmerze ähnliches Unlustgefühl zum Bewusstsein gelangt, spricht man wohl auch von Paralgien (*παρὰ ἄλγος*), wozu man Ardor, Algor, Bulimie etc. rechnet. Es gibt auch Anomalien der psychischen Gefühle, die einen analogen Charakter haben.

Folgen wir bis dahin den Gesichtspunkten, welche uns die allgemeine Pathologie der Neurosen liefert, so macht sich weiterhin für unsere Betrachtungen ein Bedürfniss geltend, welches für jene wenigstens kein dringendes ist, nämlich die Begriffsbestimmung zunächst für die irritativen Erscheinungen der Lustgefühle. Zwar kennt man auch rein sinnliche Anomalien dieser Art, z. B. das excessive

nach Romberg bis „zur Hyperästhesie“ gesteigerte Wollustgefühl; aber gerade dieses tritt im gesunden Bewusstseinsorgane als Wehgefühl hervor und gehört zu den Paralgien, während recht charakteristisch die Salacität der Nymphomanischen, also der psychisch Kranken, wieder als excessive Lust percipirt wird. Die mit Phantasievorstellungen zusammenhängenden — anticipirten — und bei der Befriedigung noch übermässigen Lustgefühle, die bekannten „Gelüste“ „Picae“ sind weitere Paradigmata einer specifischen zugleich sinnlichen und psychischen Gefühlsanomalie, die als Gegenstück der Hyperalgie vielleicht Hyperhedonie genannt werden könnte (*ἄλγος* zunächst sinnliches Wehe, *ἡδονή* zunächst sinnliche Lust, beide aber auch für die analogen intellectuellen Gefühlscontraste: Trauer — Vergnügen gebraucht). In psychischen Störungen können bekanntlich die psychischen Lust- wie Unlustgefühle leichter erreglich sein als normal, sie können weiterhin analog dem Schmerze bei Neuralgie spontan auftreten. Eine spontane körperliche Lust als krankhaftes Symptom kennt die Neuropathologie nicht, denn diese ist gerade — ächtes Gesundheitszeichen. Wo die körperliche Lust als (perniciöse) Euphorie auftritt, ist sie Symptom einer psychischen Anomalie, sie ist dann nicht nur unmotivirt, sondern paradox, wie jede krankhafte Hedonie. Herabgesetzte Erreglichkeit sinnlicher Lustgefühle kommt auch bei Neurosen und Nervenkrankheiten vor, so die als „viscerale Anästhesie“ bezeichnete Verminderung der Wollust, welche durch den Namen nachweist, dass der Nervenpathologie wenig auf die besondere Bezeichnung herabgesetzter Lustgefühle ankommt. Wie hierbei selbstverständlich Unlust entsteht — wie könnte man davon wissen, wenn der Kranke nicht darüber klagte? — so auch ist es möglich, dass der psychisch Leidende sich über die Vertaubung der intellectuellen Lustgefühle — Anhedonie — beklagt. Wenn wir also aus den umfassenden Begriffen der psychischen Hyperästhesien und Anästhesien die entsprechenden einfachen Formen der Gefühlsstörungen heraussondern — und die Elementarlehre ist dazu berechtigt — so haben wir jedenfalls unter psychischer Hyperästhesie und Anästhesie nur die durch psychische Einflüsse erleichterte oder aber erschwerte Aufnahme sinnlicher Empfindungen zu verstehen.

§ 41. Unter *psychischer Hyperästhesie* verstand Romberg „die durch Fixiren des Geistes auf Empfindungen bedingte Erregung und Unterhaltung von Sensationen“ und wandte diesen Wortbegriff generalisirend auf die Hypochondrie, die psychische Hyper-

ästhesie par excellence an (Nervenkrankh. I. Aufl. S. 184). Diese Bedeutung des Wortes ist nachher verwischt worden: Griesinger nennt Hyperaesthesia psychica das intensivere Reagiren der Kranken (Melancholiker) auf die Eindrücke der Aussenwelt und das Schmerzhaftwerden aller psychischen Eindrücke (Psych. Krankh. I. 2. Aufl. Buch III. 1. Abschn.); v. Krafft-Ebing versteht unter dem fraglichen Wortbegriffe die krankhafte Reaction der Melancholiker gegen Sinneseindrücke und Vorstellungen in Form von Unlust und Schmerz, welche sogar durch Momente hervorgerufen werden, welche im Normalzustande Lust erregen (Die Melancholie etc. S. 4). Jolly nennt psychische Hyperästhesie die gesteigerte Erregung von Lust- oder Unlustempfindungen durch die Vorstellungen (v. Ziemssen's Pathol. Bd. XII, 2. S. 472).

Betrachtet man das sinnliche Gefühl als etwas von der Empfindung abgesondertes, wiewohl von ihr erzeugtes, so darf man unter psychischer Hyperästhesie auch nur das stärkere Hervortreten von Intensität und Qualität der Empfindung bezeichnen, nicht aber die stärkere Betonung derselben durch Unlust oder Lust mit hereinziehen. Dabei ist nicht ausser Acht zu lassen, dass (anticipirte) Unlust, beim Hypochonder z. B. die Angst oder auch Lustgefühle, so bei Hysterischen die Sucht, Aufsehen zu erregen, die Empfindlichkeit zu steigern vermögen. Diese krankhaften Gefühle bringen ganz dasselbe hervor, wie unter normalen Verhältnissen das wohlgegründete Interesse an Eindrücken: sie richten die Aufmerksamkeit auf die Reizwirkung. Die eigene Erfahrung lehrt, dass wir die Empfindungsfähigkeit durch den Willen, d. h. eben in letzter Instanz durch Gefühle steigern können (Tastversuche). Nun ist es leicht, auch den Unterschied anzugeben, welcher zwischen centraler und psychischer Hyperästhesie besteht: die eine ist Symptom einer durch Erkrankung der empfindenden Elemente gesetzten, die andere einer durch pathologisch-psychische Einflüsse erst erzeugten Verschärfung der Empfindungsfähigkeit. Zieht man die Aufmerksamkeit des mit der zweiten Reactionsanomalie behafteten Individuums auf etwas anderes ab, so verschwindet die Störung (z. B. Hypochonder bei guter Unterhaltung), die centrale Hyperästhesie bleibt unter solchen Bedingungen fortbestehen.

„Es gibt auch eine *psychische Anästhesie* bei übrigens gesunder Beschaffenheit des Gehirns, sagt Romberg, welche durch Abwendung der Intention entsteht, und insofern als Kehrseite der psychischen Hyperästhesie, der Hypochondrie betrachtet werden kann. Die häufigsten Beispiele geben die Geschmacks-, besonders die Ekel-Em-

pfindungen, von denen durch ethnische oder andere Verhältnisse die Aufmerksamkeit abgelenkt werden kann.“ — Er hat also hier das gemeint, was für uns eine besondere Form der psychischen Analgie ist. Bei Griesinger ist psychische Anästhesie die Gleichgiltigkeit bis zum Stumpfsinn, v. Krafft-Ebing deckt mit dem Wortbegriffe das Unvermögen mit der Apperception die gewohnten Gefühle der Lust und Unlust zu verbinden.

Was unter psychischer Anästhesie zu verstehen sei, ist nach dem über die entgegengesetzte Störung gesagten leicht zu erschliessen. Wenn psychische Einflüsse die Perception der Empfindungen hindern, so ist reine psychische Anästhesie vorhanden. Schon die Erscheinungen des seelischen Lebens innerhalb der Gesundheitsbreite enthalten Analogien unserer Störung. Die angestrengte Richtung der Aufmerksamkeit auf einen Gedankengang (Interesse, also Gefühl) bringt Einschränkung der sinnlichen Perception mit sich, die bis zur Aufhebung vieler Empfindungen fortschreiten kann. Ebenso wirken stets, aber in höherem Grade, die Affecte („Sinnloswerden in Wuth“) und jedes starke sinnliche Lust- und Schmerzgefühl. Von pathologischen Processen und Zuständen sind Ekstase jeder Art und die schwerste Form der Melancholie (M. attonita) mit hochgradiger öfter completer Anaesthesia psychica verbunden. Bei diesen Störungen, physiologischen wie krankhaften, ist das Bewusstsein, von excessiven Gefühlen in Anspruch genommen, unfähig durch Empfindungen noch erregt zu werden; ebenso ist es (wie physiologisch beim tiefen Schlafe, so pathologisch) bei höchsten Graden des Stupor, Coma und jeder Ohnmacht umnebelt, bezw. aufgehoben, daher denn diese Zustände eine Anästhesie mit sich bringen, die streng genommen freilich nicht mehr psychisch ist; denn wenn die Substrate der seelischen Verrichtungen nicht mehr functioniren, kann auch von einer psychischen Anästhesie nicht mehr die Rede sein, da diese nur durch Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit durch andere psychische Reize erzeugt wird. Das sind also physiologische und pathologische Anästhesien centraler Begründung, aber transitorische Störungen dieser Art; bei den psychischen Schwächezuständen dagegen haben wir entsprechend dem Untergang empfindender Elemente verschiedener Grade centraler Anästhesie vor uns, welche dauernd, irreparabel ist.

Anomalien der psychischen Unlustgefühle.[1])

Psychische Hyperalgie.

§ 43. Wenn der Ablauf der psychischen Processe überhaupt regelmässiger, heftiger, als der Norm entspricht, Gefühle der Unlust hervorruft, so ist psychische Hyperalgie vorhanden. Es fällt unter diesen Begriff die Hyperaesthesia psychica von Griesinger, v. Krafft-Ebing, nicht aber diejenige von Jolly. Als Synonyme der Störung können betrachtet werden die Vulnerabilität, Wehleidigkeit, Impressionabilität, verminderte Widerstandsfähigkeit, Afficirbarkeit, Reizbarkeit, soweit man, wie die Regel, mit den genannten Begriffen eben die Uebererreglichkeit von Unlustgefühlen verbindet.

Die Analogien aus der Gesundheitsbreite finden wir bei den Individuen, die mit verschiedenen Idiosynkrasien und Antipathien behaftet sind. Auch an die Pedanten ist mit einiger Berechtigung zu erinnern, vor allem aber an die sogenannten Gefühls- oder Gemüthsmenschen. Nationalität, Zeitalter, Geschlecht, Lebensalter, Beruf etc. wirken in allgemein bekannter Weise wesentlich bestimmend auf die schwankenden Verhältnisse in der Irritabilität von psychischen Unlustgefühlen ein.

Ist jedes Beeinflusstwerden der Sinne überhaupt unangenehm, also selbst die Erregung gewohnter und im Normalzustande ganz gleichgiltiger Eindrücke Quelle von Unlustgefühlen, so kann man von einer allgemeinen Hyperalgie der sinnlichen Sphäre des psychischen Lebens sprechen. In diesem Falle sind alle Reize der Aussenwelt zu stark für den Kranken, und da zur Aussenwelt, gegenüber dem Bewusstseinsorgan, auch der eigene Leib gehört, so bilden auch die von demselben ausgehenden Reize für das Individuum Ursachen von Unlust. Eine derartige Wehleidigkeit tritt in acuter Form nicht ganz selten bei Fiebernden auf und besonders sind es die neuropathisch Disponirten, die leicht von dieser Störung schon bei unbedeutenden febrilen Bewegungen betroffen werden. Auch Blut-

1) Literatur: Den Hauptsachen nach dieselbe wie diejenige über „Gefühlsstörungen" überhaupt. Speciell: Guislain, Phrenopathien. Cap. I. Abschn. 1, 2. — Griesinger, Path. u. Ther. S. 35, 313 ff.; Ges. Abhandl. I. S. 36, 51 ff. — Sodann besonders die Specialarbeiten über Melancholie (zumal von Krafft-Ebing, Die Melancholie etc. Erlangen. 1874) über Angst (vgl. § 45), Moral insanity (zumal Prichard, A treatise on insanity. London. 1835. S. 32 ff.), über psychische Entartung und erbliche Geistesstörung (Morel, Le Grand du Saulle u. A.).

verluste und andere Erschöpfungen, Excesse, sowie heftige Gemüthsbewegungen, unter ihnen vornehmlich diejenigen von depressivem Charakter, können die fragliche Anomalie nach sich ziehen, welche wir ausserdem noch bei Hysterischen während der Anfälle bei ihnen auch nach geringen Dosen von Morphium beobachten. In dem Krankheitsbilde der Lyssa spielt diese Form der Hyperalgie bisweilen eine gewisse Rolle und sie ist bei manchen acuten Vergiftungen und Selbstinfectionen des Körpers als psychisches Symptom anzutreffen. Der Beginn psychischer Krankheitsprocesse bringt ebenfalls häufig eine derartige allgemeine Hyperalgie mit sich. Chronisch und in milderem Grade kann diese pathologische Reactionsform bei Hysterischen, bei diffusen Neurosen überhaupt (auch bei Schreckhaftigkeit, Reflexreizbarkeit, Pantophobie) bei Chlorose, Anämie, Circulationsstörungen (Herzkrankheiten) bei Kachexien, überhaupt bei schweren Allgemeinleiden vorhanden sein.

Als Beispiel führe ich folgenden Fall an:

Frau H. W., 46 Jahre alt, hysterisch und im Beginne einer melancholischen Verstimmung nach plötzlichem Tode (Ertrinken) ihres jüngsten Kindes, mit einer Induration (Carcinom) der Vaginalportion behaftet und in hohem Grade anämisch, erhielt zur Bekämpfung von Angstanfällen 0,01 Morph. hydrochlorat. Nach der ersten Dosis stellte sich alsbald, ohne dass eine erhebliche Wirkung auf die Angstgefühle eingetreten wäre, ein Zustand von rauschartigem Halbschlaf mit bedeutender Empfindlichkeit gegen sämmtliche äussere Eindrücke ein. Alles Sehen, Hören, Empfinden war ihr unangenehm, sie legte sich aufs Bett, liess das Zimmer verhängen, duldete gar keine Bewegung in der Umgebung. Von den unvermeidlichen zu ihr dringenden Geräuschen oder sie treffenden sensiblen Reizen ward sie aufs höchste belästigt, jede Bewegung des eigenen Körpers wurde vermieden, weil ihr dieselbe unangenehm war. Nach mehreren Stunden war der Anfall vorüber, er kehrte nach neuen Dosen des Mittels nicht wieder. (Eigene Beobachtung.)

Die an Vorstellungen sich anschliessenden Gefühle können ebenfalls leichter erreglich sein, als es der Norm entspricht. Wenn es sich um erleichterte Irritabilität der Unlustgefühle durch und mit Anschauungen handelt, so könnte man von ästhetischer Hyperalgie sprechen, welche z. B. bei jenen Personen besteht, die alle Gegenstände rechtwinkelig ordnen müssen etc. Als Begleiterscheinung trifft man diese Irritabilität bestimmter Unlustgefühle bisweilen bei Wahnsinnigen namentlich weiblichen Geschlechtes: man denke an die penible Toilette solcher Kranker, namentlich aus höheren Ständen, an die gewählte Ausdrucksweise, ihren scharfen Tadel gegen kleine Versehen in der Form des Auftretens bei Anderen u. s. w. Das sind

Dinge, die der Gesunde gleichgiltig hinnimmt oder übersieht, die aber den Kranken schon Unlustgefühle im Anschauen erregen.

Aus Wahrnehmungen, Erinnerungs- oder Phantasie-Vorstellungen können noch anderweitige Gefühle der Unlust hervorgehen und bei Krankheiten leichter erreglich sein, als der Norm entspricht. Hierher gehört die gesteigerte Irritabilität des Ekels, welche oft genug mit Wahnvorstellungen zusammenhängt, die Wasserscheu der Lyssa-Kranken, überhaupt das Heer der krankhaften psychischen Idiosynkrasien und Antipathien gegen Personen und Situationen, Handlungen und Sachen, deren Aufzählung absolut keinen Sinn haben würde.

Bei den eben angeführten Formen der psychischen Hyperalgie haften die aus Vorstellungen entsprungenen Unlustgefühle noch innig an der Sinnlichkeit. Losgelöst von dieser und auf das Vorstellungsleben allein beschränkt sind die aus den Associationen der Vorstellungen selbst hervorgehenden und wieder auf diese zurückwirkenden Gefühle, welche wir als Gemüthsbewegungen bezeichnen.

Wir haben demnach von der sinnlichen eine gemüthliche Hyperalgie zu unterscheiden, die insofern vielleicht psychische Hyperalgesie heissen könnte, als ihre Eigenthümlichkeit darin besteht, dass die specifische Qualität des psychischen Schmerzes im Bewusstsein hervortritt. In den höchsten Graden der gemüthlichen Hyperalgie — die übrigens fast nur mit psychischer „Neuralgie" zusammen auftreten — wird freilich eine jede Vorstellung Quelle einer schmerzlichen Gemüthsbewegung. Wir dürfen aber, um nicht vom Elementaren abzuweichen, unter die psychische Hyperalgesie nur diejenigen Anomalien subsumiren, bei denen gleichgiltige (unbetonte) Vorstellungen schmerzerregend wirken oder solche, die an sich Unlust setzen, excessiven Schmerz erregen. Der Kranke wird also leichter afficirt und zwar immer im schmerzlichen Sinne. Es ist, als ob die Wehgefühle förmlich lauerten, um sich bei jeder, von aussen angeregten, durch Erinnerung oder Phantasie ausgelösten Vorstellungskette sofort einzustellen und je heftiger in den Vordergrund zu treten, je mehr die Vorstellungsreihe selbst an sich eine Beziehung zum psychischen Wehe enthält. Diese Anomalie, welche nur ganz vorübergehend einmal, aber dann freilich sehr heftig bei Tobsüchtigen sich geltend macht, ist ein exquisit melancholisches Symptom und kommt, was speciell hervorgehoben werden muss, auch in ihren niederen Graden am häufigsten mit gleichzeitiger trauriger Verstimmung vor. Bei dieser ist aber eine Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes, mitunter wohl sogar Pausiren der beim Gesunden nie rastenden Succession der Vorstellungen vorhanden. Wie denn der Kranke diese

Hemmung oder Sistirung gewahr wird, so ist gleich mit dieser Erkenntniss auch die excessive gemüthliche Schmerzerregung eingetreten und ebenso stellt sie sich ein, wenn von äusseren Eindrücken angeregte Vorstellungen ablaufen.

Im Ganzen kommt diese krankhafte Schmerzerreglichkeit bei denselben Leiden vor, welche auch die Hyperalgie in der sinnlichen Sphäre der psychischen Processe mit sich bringen; abgesehen von der melancholischen Verstimmung, für welche sie sehr charakteristisch ist, wird sie auch bei seniler Hirnatrophie und bei multipler Sklerose beobachtet, welcher bekanntlich eine gesteigerte gemüthliche Reizbarkeit eigenthümlich ist, desgleichen nach Kopfverletzungen, bei Chorea und den grossen Neurosen.

Als Beispiele führe ich folgende Fälle in Kürze an:

Hilma G., 19 Jahre alt, aus Heilsberg, wurde am 18. Juli 1868 der Irrenanstalt übergeben. Sie war in ihrer Erziehung vernachlässigt worden, hatte stets etwas Sonderbares an sich gehabt und öfter an Anfällen von Angst und Unruhe, auch an Ohnmachten gelitten. Ein gestörtes Liebesverhältniss, Unregelmässigkeiten der Menses waren weitere anamnestische Angaben. Fortwährend litt sie an Kopfschmerz, es bestand Ovarialschmerzhaftigkeit linkerseits und Fluor albus. Schlaf spärlich, Nachts finstere Hallucinationen. Tag über grosse Unruhe und Angst, die sie von Ort zu Ort trieb. Häufig weinte die Kranke auf die geringste Veranlassung hin, wenn sie angeredet wurde, wenn man sie etwas fragte, wenn sie essen oder irgend etwas vornehmen sollte. Einmal, während der Regel, verschlimmerten sich diese Erscheinungen unter Anwandlung von Schwindel, Ohnmacht und Krämpfen. Am 28. November, nach Remission und nachfolgendem kurzen Stadium von Grössenideen, wurde sie geheilt entlassen. (Eigene Beobachtung.)

A. S., 26 Jahre alt, stand im Sommer 1875 vor Uebernahme eines Geschäftes und sollte demnächst heirathen. Er stellte sich selbst wegen folgender Beschwerden ein: seit einiger Zeit fühle er sich krank, abgeschlagen und mehr unlustig als unfähig zur Arbeit. Eine jede psychische Anregung war ihm schmerzhaft. Wenn er früh nach einer, wie gewöhnlich schlechten, Nacht aufstand, schien ihm der Tag zu lang, da er nicht wusste, wie er ihn bei seiner Verstimmbarkeit hinbringen sollte. Alles machte ihn wehmüthig, wenn er sich zu seiner Arbeit setzte, seine Braut aufsuchte, in der Natur spazieren ging, immer kamen erneute Schmerzgefühle. In erhöhtem Maasse traten dieselben auf, wenn er an den doppelt wichtigen Schritt dachte, den er nächstens zu thun beabsichtigte. Bisweilen, wenn diese Gedanken mit Angstgefühlen verknüpft und wenn er allein und namentlich fern von Menschen war, bekam er ein unaussprechliches Ueberwältigungs- und Verlassenheitsgefühl. Trotz dieser quälenden Gefühlsanomalien konnte mit einigem Zwange alle seine Geschäfte und was sonst das Leben erforderte, vollkommen leisten. Die Vorstellungsarbeit liess

keine erheblichen Defecte erkennen, denn die geringe Trägheit des Denkens konnte noch durch festen Willen überwunden werden. (Eigene Beobachtung.)

Psychischer Schmerz. (Psychische Neuralgie.)

§ 44. Von der psychischen, speciell der gemüthlichen Hyperalgie kann man den spontanen psychischen Schmerz, das objectlose psychische Wehgefühl, die Wehmuth unterscheiden und dieselbe mit Griesinger denjenigen Irritationserscheinungen der sensibeln Nerven zur Seite stellen, die man als Neuralgien von den Hyperalgien streng zu sondern pflegt. Wie nun mit dem dauernden oder intermittirenden Schmerze, welcher das Wesen der Neuralgie ausmacht, häufig eine gesteigerte Schmerzerreglichkeit derselben Bahnen zusammenfällt, welche ihn vermitteln, so ist es auch mit dem analogen psychischen Schmerz; er bringt sehr oft eine gesteigerte Impressionabilität mit sich und es ist im Einzelfalle häufig eine stricte Scheidung beider Anomalien ganz unmöglich. Als Synonyme können gelten Tristimanie (Rush) douleur moral (Renaudin) Lypemanie (Esquirol) Phrenalgie (Guislain).

Die Trauer und Wehmuth, welche dem Gesunden Verluste intellectueller Güter erwecken, bildet ein Analogon des krankhaften Seelenschmerzes. Dieses Wehe ist aber nicht objectlos, es erzeugt sich fort aus Vorstellungen, nämlich aus der Erinnerung an den Schlag, welcher den Gesunden getroffen, während der unmotivirte Seelenschmerz seinen Ursprung und sein Fortbestehen organischen Ernährungsstörungen des Bewusstseinsorganes verdankt, demnach zur peripherischen Neuralgie auch genetisch in sehr nahe Verwandtschaft tritt. Die berechtigte Trauer gleicht sich mit der Zeit von selbst aus, und das ist ja, wie früher hervorgehoben wurde, charakteristisch für die physiologische Störung, dass sie nach einiger Zeit von selbst wieder dem Normalzustande Platz macht. Der krankhafte Seelenschmerz hat diese Eigenthümlichkeit nicht. Im Gegentheil sogar ist er im Stande, sich selbst zu steigern und Spielmann sagt ganz richtig: „Der Beobachter sieht bei diesen Verstimmten allmählich die Schwankungen zwischen düsterer und heiterer Verstimmung geringer werden, die Momente der Lust sich verkürzen und erblassen, bis endlich jeder Wechsel aufhört und der Charakter eines überwältigenden schmerzlichen Fühlens ohne Gegensatz und Unterbrechung anhält; wenn der Kranke bisher noch seine guten und schlechten Tage hatte, zählt er fortan nur schlechte und düstere Tage. Erst

dann, wenn keine Intermissionen mehr erfolgen, und alle Vorgänge dieses unbedingte Wehesein im Bewusstsein antreffen" (bei der Hyperalgie erregen sie es erst!) „heben die Störungen an."

So besitzt denn der psychische Schmerz eine bestimmte Monotonie. Er drängt sich gleich den körperlichen „unerbittlich in den Vordergrund des Bewusstseins", er gestattet wenig andere psychische Erregungen, in den höchsten Graden gar keine; denn er unterdrückt die Perception der Empfindungen, alle übrigen Gefühle, sowie die Vorstellungen und damit auch die Willenserregungen. Diesen heftigsten Grad des psychischen Wehes beobachtet man bei jener schweren Form der Melancholie, die als Melancholie mit Stupor bezeichnet wird: der Kranke ist vom psychischen Schmerze geradezu überwältigt, er ist complet anästhetisch, eine willenlose Statue. Die niederen Grade der psychischen „Neuralgie" kommen bei Ermüdungszuständen der Centralorgane, nach Ueberreizung vor, bei und nach heftigem körperlichen Schmerz, nach Excessen, besonders geschlechtlichen. Auch hochgradige Anämie und Kachexie, Morbus Adissonii, Mercurialismus, Bleiintoxication und anderweitige constitutionelle Affectionen bringen unter Umständen eine „unmotivirte Traurigkeit" als cerebrales Symptom im Krankheitsbilde mit sich. Bei den grossen Neurosen: der Hypochondrie, Hysterie, bei Chorea und organischen Hirnkrankheiten kann psychischer Schmerz beobachtet werden, bei den letzten natürlich nur, so lange noch nicht tiefer greifende, die psychischen Gefühle lähmende Läsionen sich ausgebildet haben.

Die höheren Grade des psychischen Schmerzes bieten das Bild der psychischen Anästhesie dar, wovon oben bereits gesprochen wurde.

Eine leichtere Form tritt in folgendem Falle hervor:

N. N., 22 Jahre alt, aus A., ein lustiger und geweckter junger Mann (Student), der unter dem Einflusse erblicher Belastung stand, war bis December 1875 vollkommen gesund, zu allen Excessen geneigt, die er bis dahin ohne irgend welche Beschwerden ertragen und ohne Scrupel durchgemacht hatte. Um diese Zeit begann ziemlich rasch eine wesentliche psychische Veränderung — allein ihm selbst bemerklich — sich geltend zu machen. Eine ganz unmotivirte Wehmuth kam ihm an, und wenn sie auch bisweilen nachliess, ja Pausen machte, kehrte sie doch immer mit gesteigerter Intensität zurück und wurde bald vollkommen stabil. Die um diese Zeit, wegen äusserer Umstände, dringender als jemals nothwendige geistige Arbeit wurde durch diese anhaltende schmerzliche Verstimmung unmöglich, es war, als ob wegen derselben das Verständniss des Gelesenen vollständig aufgehoben sei. Der Kranke vernachlässigte jetzt sein Aeusseres, gehorchte den nur schwach vernommenen körperlichen Bedürfnissen kaum, er sass, nach spätem Aufstehen (Nächte wegen Wehmuth und Angst immer schlecht)

ohne irgend etwas vorzunehmen, dumpf vor sich hinbrütend, auf seinem Zimmer, oder ging planlos im Freien herum. Im Verlaufe kamen noch weitere, die Gefühlsanomalie complicirende Störungen im Selbstbewusstsein hinzu, welche die anfangs elementare Störung zu einer complicirteren, nicht hierher gehörigen, umwandelten. (Eigene Beobachtung.)

§ 45. Es reihen sich den bisher besprochenen Anomalien noch Erregungserscheinungen gewisser Unlustgefühle von specifischem Charakter an, die man wegen ihrer Gefühlsqualität nicht mit dem psychischen Schmerze identificiren darf, obwohl sie denselben ähnlich sind. Zwischen ihnen und der psychischen Neuralgie besteht ein analoges Verhältniss wie zwischen den peripherischen Neuralgien und den Paralgien. Man kann sie psychische Paralgien nennen. Es gehören hierher die

Angstzustände.[1])

Die Angstgefühle, welche durch richtig vollzogene Schlüsse erregt werden, z. B. bei sichtlicher Gefahr an Leib und Leben, bei Bedrohung intellectueller und moralischer Besitzthümer, sind normale Erscheinungen des psychischen Lebens. Sie sind dem Menschen im allgemeinen ebenso eigenthümlich, wie der psychische Schmerz, welcher in der berechtigten Trauer vorliegt. Ausnahmen sind es offenbar, wenn Einzelne den angedeuteten Gefahren und Ereignissen in stoischer Ruhe entgegensehen.

Die pathologischen Angstgefühle können an Vorstellungen haften oder völlig objectlos sein. Im ersteren Falle dürften wir von einer Uebererreglichkeit der fraglichen Gefühle also von Aengstlichkeit sprechen, während wir im anderen Falle spontane zwangsmässige Erregung von Angstgefühlen annehmen müssen.

Wenn irgendwo der Satz: Gesundheit und Krankheit gehen in

1) Literatur: Aeltere Schriften im Dict. des sciences medicales. Paris. 1814. Bd. I. Art. „Anxieté". — Flemming, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. V. S. 341. — Domrich, Psychische Zustände. Jena. 1849. S. 318 ff. — Griesinger, Arch. d. Heilk. IV. S. 466. — Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 10. — Arndt, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. S. 80 ff. — v. Krafft-Ebing, Die Melancholie. S. 19 ff. — Wille, Corr.-Bl. d. schweiz. Aerzte. 1874. Nr. 15. — Nötel, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI. S. 603 ff. — Danitsch, Die Präcordialangst d. Geisteskranken. Diss. Würzburg. 1874. — — Westphal, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. III. S. 138 ff. — Cordes, ibidem. S. 521. ff. — Webber, Bost. med. a. surg. Journ. 1872. Oct. — Dec. (Virch. Jahresb. 1872. II, 1. S. 10). — Landenberger, Würtemb. Corr.-Bl. 1872. Nr. 33. — (Vgl. weiterhin Virch. Jahresb. 1872, 73, 75. Bd. II. 1. Abth.)

einander unmerklich über, seine Bestätigung findet, so erhält er sie im vollsten Maasse bei den uns beschäftigenden Unlustgefühlen. Die verschiedenen Lebensbedingungen bringen bekanntlich einschneidende Differenzen in der Erreglichkeit von Angstgefühlen hervor. Angstgefühle sind sehr häufig mit heftigen localen Sensationen verbunden; vor allen Dingen ist es die Herzgegend, an welcher in der Regel ein bestimmtes Angstgefühl — Präcordialangst — empfunden wird. Einige Forscher sind daher der Ansicht, dass dieses Gefühl die Quelle sei für die Bewusstseinsalteration, welche wir Angst nennen (Neumann, Arndt, v. Krafft-Ebing, Brosius). Es gibt aber auch andere localisirte Angstgefühle, so ein solches vor der Stirne — Dysthymia frontalis, Griesinger, — in den Knieen, im Rücken, im Arm (Tabes, Spondylitis, Mogigraphie). Bei diesen ist das Herz jedenfalls nicht der Erreger des Angstgefühles; auch kommt ganz vage innere Angst vor, die überall hin verlegt aber nirgends genauer localisirt wird.

Anderseits hat man den Ursprung des Angstgefühles in das Hirn verlegt, dahin also, wo es auch percipirt wird (Verf., Wille). Erwägt man, dass alle Affecte lebhafte körperliche Rückwirkungen hervorrufen, dass sie namentlich auch die vegetativen Organe in ihrer Innervation stark beeinflussen und unter diesen wieder vorzugsweise das Herz influenciren, so ergibt sich von selbst die Schwierigkeit zu einer hinlänglichen Erklärung der Angst zu gelangen und eine Frage theoretisch zu beantworten, welche doch wegen der Subjectivität der Erscheinung, um die es sich bei ihr handelt, niemals auf exactem Wege vollkommen gelöst werden kann. Es muss aber festgehalten werden, dass es Herzklopfen, ja präcordiale Gefühle gibt, die keine Angst hervorrufen, und dass Vorstellungen Angst machen können, ohne dass am Herzen motorische Anomalien sich einstellen, oder dort etwas gefühlt wird. Beide aber, die Veränderung der Herzaction, wie der Eintritt gewisser, eben „ängstlicher“ Vorstellungen vermögen, wie wir aus Analogien an sichtbaren Gefässprovinzen wohl schliessen dürfen, auf die Gefässe der Rindensubstanz einzuwirken. So kann man, ohne freilich einen sicheren Nachweis führen zu können, ebensogut annehmen, dass die Angst auf einer primären Anomalie der Hirnrinde beruhe und die peripherischen Erscheinungen bei derselben excentrische projicirte Sensationen oder von der Rinde als dem Bewusstseinsorgan aus angeregte Innervationsänderungen darstellen.

Die Angst tritt immer als ein starker „psychischer Spannungszustand“ im Bewusstsein hervor, mag sie physiologischen Einflüssen

oder pathologischen Momenten ihren Ursprung verdanken. Die Aufnahme der Sinnesreize leidet während des Angstzustandes Noth und in den höchsten Graden kann es zu completer psychischer Anästhesie kommen. Alle übrigen Gefühle sind in der Regel, in den hohen Graden der Angst ausnahmslos unterdrückt. In Bezug auf das Vorstellen bringt die Angst wesentliche Anomalien mit sich, die in Phantasmen, Verwirrung, Ideenflucht bei geringerer Intensität der Gefühlserregung, bei der höchsten Angst aber in Stupor, ja in totaler Aufhebung des Selbstbewusstseins bestehen. Diese Störungen im Vorstellen sowie die höchst wichtigen Anomalien des Wollens (überstürzte instinctive Handlungen, Selbstmord, Gewaltacte etc.), welche die Angst mit sich bringt, werden wir später noch genauer zu betrachten haben.

Von körperlichen Rückwirkungen finden wir bei dem Angstaffecte Unregelmässigkeiten der Herzaction, in der Regel Beschleunigung und Inäqualität, Irregularität der Herzbewegung oder Verlangsamung derselben, Gefühl von Enge und Druck in der Herzgegend, elenden, fadenförmigen, hüpfenden Puls, Blässe der äusseren Theile und Schleimhäute, erschwerte intercoupirte Respiration oder hastiges oberflächliches Athmen, worauf zum Theil die Schwäche und Tonlosigkeit der Stimme beruhen mag, die anderseits aber auch von der allgemeinen Parese der animalischen Muskeln abhängig gemacht werden muss. Denn der Geängstigte zeigt schlaffe Haltung, unsichere Bewegungen, es können ihm Stuhl und Urin unwillkürlich abgehen. Die höchsten Grade der Angst bringen ebensogut kataleptische Starre mit dem Gesichtsausdruck des Entsetzens oder convulsibele excessive Muskelcontractionen als wiederum vollständige allgemeine Paralyse zu Stande. Was die secretorischen und trophischen Verrichtungen anlangt, so ist der meist später nach längerem Bestehen des Angstanfalls ausbrechende Schweiss allgemein bekannt; auch die Urinsecretion erleidet Veränderungen, es wird blasser Harn von niederem specifischen Gewichte in reichlicher Menge abgesondert (Urina spastica; das Volk lehrt, man solle nach der Angst schnell Urin lassen). Dass die Ernährung unter der Angst leidet, ist gewiss. Bei den physiologischen Angstzuständen will man bekanntlich hier und da rasches Ergrauen der Haare beobachtet haben.

Eine grosse Anzahl von pathologischen Processen und Zuständen bringen Angstgefühle als Hirnsymptome mit sich. Vor allem die circulatorischen Anomalien, welche bei Herzkrankheiten, Lungenaffectionen und vasomotorischen Neurosen vorkommen; classisch ist die Angst bei der Angina pectoris, beim stenocardischen Anfall und

bei der Herzparalyse; auch Pericarditis, Endocarditis, Klappenfehler, sowie alle mit Athmungsinsufficienz verlaufenden Krankheiten überhaupt machen Angstgefühle. Das Herannahen grosser Circulationskatastrophen, z. B. des epileptischen Anfalls oder der Hirnhämorrhagie, ebenso die epileptischen oder apoplektischen Insulte können Angst hervorrufen, in gleicher Weise Blutungen nicht sowohl die äusseren, die ja ad oculos wirken, als gerade die inneren, z. B. Magen- und Darmhämorrhagien, welche schon bei mässiger Intensität auch die kräftigsten Constitutionen und den muthigsten Geist erschüttern (Bamberger). Blutkrankheiten, namentlich auch die chronische Anämie, Intoxicationen und Selbstvergiftungen des Körpers können Angstanfälle erzeugen. Am häufigsten ist von diesen die Angst bei chronischer Vergiftung mit Opiaten und diejenige bei acuter Tabaksintoxication, welche als Tabaksangst bekannt ist. Für den Schlangenbiss wird die Angst als charakteristisch betrachtet, auch Insectenstiche können sie hervorrufen. Von den Zoonosen ist besonders die Lyssa durch eine heftige Angsterregung ausgezeichnet. Infectionskrankheiten rufen leicht Angstparoxysmen hervor, so Typhus, Gelbfieber, Cholera. Hautkrankheiten bringen selten, etwas häufiger Anomalien des Geschlechtsapparates Angstanfälle mit sich (Pruritus). Von den Nervenkrankheiten selbst sind die Rückenmarksaffectionen, die diffusen Neurosen (Hysterie, Hypochondrie, Chorea) und die Gehirnkrankheiten selbst nicht selten Ursachen von Angstparoxysmen. Vor allem ist in Beziehung auf die letzteren die Melancholie von der grössten Bedeutung, welche so häufig mit Erregung von Angst verläuft, dass man eine eigene Form in diesem Sinne zu unterscheiden pflegt.

Als Beispiel einer völlig objectlosen, nicht localisirten, sondern allgemeinen Angst, führe ich folgenden Fall an:

R., Gürtlermeister aus S . . . 51 J., mit heftig juckender Psoriasis der Nates und Genitalien behaftet, reiste im Jahre 1868 von seiner Heimat nach Jena, um sich auf der med. Klinik, wie schon im Jahre vorher, wegen seiner Hautkrankheit behandeln zu lassen. In einer benachbarten Stadt steigerten sich plötzlich die schon bestandenen schwachen Angstanfälle so heftig, dass er laut schreien und stöhnen musste; bei vollkommener Einsicht der Unmotivirtheit dieser Angst und trotz dem Aufgebote aller Willenskraft die Ausbrüche zu beherrschen, gelang es ihm nicht, der peinlichen Gefühle Herr zu werden und den zwangsmässigen Transport seiner Person in die Irrenabtheilung desselben Krankenhauses zu verhüten, dessen med. Klinik er aufzusuchen beabsichtigte. Bei der Ankunft daselbst bot er vollkommen das Aussehen eines Melancholikers mit heftigen Angstanfällen: das Gesicht in tiefe Falten verzogen, blass, die Augen weit aufgerissen

und etwas eingesunken, unruhig umherrollend. Er stöhnte vor sich hin, rang die Hände und bekam häufig sehr intensive Angstparoxysmen, die sich durch heftiges Händeringen, Schlagen vor die Brust, Raufen in den Haaren, lautes Schreien unarticulirter Laute oder dem Ruf: „ach die Angst, die Angst“, manifestirten. Nachdem er sich beruhigt hatte, erklärte er, dass er gar nicht geisteskrank sei, sondern nur von einer unbeschreiblichen allgemeinen inneren Angst, für welche gar kein Grund vorhanden sei, gepeinigt werde, es sei ihm ganz unmöglich, diese Gefühle zu unterdrücken. Nach einigen Tagen wurde er der med. Klinik wegen der bestehenden Hautaffection überwiesen und daselbst mit dem gleichen Erfolge wie das Jahr zuvor behandelt, schliesslich auf Wunsch mit einem Reste der Psoriasis und befreit von seiner Angst, entlassen. 1871 kam er wieder auf die med. Klinik. Er war marastisch geworden, die Hautkrankheit wieder in voller Ausbildung zurückgekehrt, die Angst ebenfalls sehr peinlich. Mit dem Recidive der Psoriasis sollte auch sie sich wieder eingestellt haben. Die Ausbrüche waren diesmal so heftig, dass das frühere Stöhnen und Schreien jetzt in wahres Gebrüll ausartete. Die Beobachtung ergab, dass die Angst heftiger war, wenn er stärker kratzen musste, dagegen konnte seine Behauptung, dass die Angst bei trübem Wetter stärker sei — daher der Wahn, er könne das Wetter voraus bestimmen, er habe Quecksilber im Leibe — nicht bestätigt werden. Diesmal hatte der Kranke keine Ruhe im Hause, verlangte bald wieder fort und man liess ihn gern gehen, da er mit seinem Geschrei Tag und Nacht die Ruhe störte. Er erhielt Verordnungen mit in die Heimat und später erfuhr man, dass er wohl wieder hergestellt sein müsse, da er sein Geschäft wie früher eifrig betreibe. (Eigene Beobachtung.)

Bei der Aengstlichkeit ist sozusagen das absolute Angstminimum kleiner als normal. Vorstellungen, die beim Gesunden ohne irgend welche derartige Gefühlserregung ablaufen, machen dem Kranken bereits Angst. Immer bezieht sich dieselbe auf Zukünftiges. Ein klarer Schluss ist es nicht, sondern nur eine einfach phantastische Vorstellung, welche im Nu dieses Gefühl hervorruft. So kann es kommen, dass der Kranke vor einer ganz gewöhnlichen Handlung Angst hat, die zu seinem Berufe gehört und ihm sonst leicht gefallen ist. Sogar die einfachsten Leistungen, wie das Essen (Griesinger), eine Stuhlentleerung, der Versuch zu schreiben (Shearer), können bei manchen Neuropathischen Angst hervorrufen. Verständlicher, obwohl immerhin pathologisch, ist die bei älteren Kindern und Erwachsenen vorkommende Aengstlichkeit beim Alleinsein im Dunkeln (die bei Lyssakranken auch bei Tage vorhanden ist). Hier sei noch einmal an die Pantophobie erinnert (§ 33).

§ 46. Als Agoraphobie hat Westphal zuerst einen eigenthümlichen psychopathischen Zustand beschrieben, der nur unter ganz

bestimmten Bedingungen heftige Symptome macht. Der Kranke, der sich den gewöhnlichen Lebenseinflüssen gegenüber vollkommen normal verhalten kann, wird von einem inneren Angstgefühl befallen, sobald es gilt, allein einen grossen Platz zu überschreiten oder überhaupt Räume zu begehen, welche in einer Dimension weite Aussicht, im übrigen aber wenig fixe Gesichtspunkte bieten. (Lange Strassen bei Nacht, wenn die Schaufenster geschlossen und wenige Gaslaternen brennen.) Mit dem Angstgefühl, welches plötzlich, sobald der Kranke vor dem Platze steht, auftritt, befällt ihn der Gedanke, er könne nicht über die grosse Fläche kommen, es müsse ihm „irgend etwas“ dabei zustossen.

Beim Versuche, den Platz zu überschreiten, bleibt die Angst bestehen, lieber kehrt der Patient selbst von der Mitte des Weges noch um. Auch in Theatern und Kirchen befällt manche Kranke dasselbe Gefühl, während der Anblick der See vom Strande oder selbst vom Schiffe aus, wie es scheint, nicht ängstlich wirkt. Vermindert oder verscheucht wird die Angst, wenn der Agoraphobiker mit einer Person Arm in Arm den „gefährlichen“ Weg macht. Erleichterung verschaffen ihm fixe Gesichtspunkte, ein Mensch, der in der Nähe in gleicher Richtung geht, eine offen stehende Thür, eine rothe Laterne (offenbar, weil sie ein Haus bezeichnet, aus dem wohl bald einer heraustreten könnte) etc. Erleichterung schafft ferner der Alkoholgenuss. Zu der Angst können sich peripherische und centrale Reizungserscheinungen gesellen, welche sich den, bei der gemeinen Angst vorhandenen, analog verhalten. Die Beherrschung des Gefühls durch den Willen ist entweder aufgehoben, oder wird doch durch rasch intercurrirende, grelle Sinnesreize paralysirt. Die meisten Beobachtungen sprechen dafür, dass es sich nicht um Schwindelempfindungen handelt, weshalb die Störung auch nicht als „Schwindelangst“ bezeichnet werden darf.

Man hat diese eigenthümliche Anomalie zuerst unter der Bevölkerung grosser Städte (Wien, Berlin, München) beobachtet, überwiegend in den höheren Ständen, bei Geistesarbeit treibenden Menschen. Sie scheint fast ausschliesslich Männer zu befallen. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 24 und 52 Jahren. Als specielle ätiologische Momente gibt man geistige Ueberanstrengung, ausschweifendes Leben und langwierige gastrische Strörungen an.

Psychische Analgie.

§ 47. Es gibt gewisse Lebensreize, welche dem Gesunden Unlustgefühle erregen als normale, ja nothwendige Folgen ihrer Ein-

wirkung auf die Organe der psychischen Verrichtungen. Diesen Einfluss gestatten zum Theil schon angeborene Eigenthümlichkeiten der menschlichen Natur, zum Theil wird er erst ermöglicht durch bestimmte vom Leben selbst in dem Menschen hervorgebrachte Eigenschaften. Wo diese Gefühle, zu denen die allerhöchsten ausschliesslich menschlichen Gefühle gehören, bei der Einwirkung der entsprechenden Reize nur schwach sind oder ganz ausbleiben, da ist psychische Analgie vorhanden. Mit diesem Begriffe, der die in Rede stehende Gefühlsanomalie strenger aus dem allgemein umfassenden Begriff der psychischen Anästhesie (Griesinger) aussondert, fällt die verminderte Wehleidigkeit, die herabgesetzte Impressionabilität gänzlich, zum Theil nur die Gleichgiltigkeit, Apathie, Indifferenz, Abstumpfung, zusammen.

Die physiologischen Analogien dieser Gefühlsanomalie finden wir bei den sinnlich und ästhetisch stumpfen, unreinlichen liederlichen Menschen, sodann bei solchen, die unempfänglich sind gegen Eindrücke, die den meisten Menschen ekelhaft sind; anderseits ist die Gemüthlosigkeit und mit ihr die Unsittlichkeit als Pendant der krankhaften psychischen Analgesie aufzufassen. Die typischen Varietäten der menschlichen Geistesverfassung zeigen wesentliche Unterschiede in Bezug auf die physiologische Erregbarkeit der psychischen Unlustgefühle, wie allgemein bekannt ist. Im allgemeinen kann man sagen, dass die Fortschritte der Cultur und die Ausbildung des Einzelnen wenigstens die psychische Analgesie immer mehr abschwächen.

Wo psychische Anästhesie herrscht, da ist nothwendigerweise zugleich auch ein analgischer Zustand vorhanden; denn die Empfindungsreize sprechen nicht an, mithin können sie auch nicht Unlustgefühle erregen. Etwas ganz anderes ist es, wenn die Aufnahme derselben erhalten ist und die dem normalen Menschen zukommenden Unlustgefühle aus der Perception eben nicht hervorgehen. (Wie dem Kranken diese Analgie selbst bewusst werden und aus diesem Bewusstwerden Wehmuth hervorgehen kann, wird später noch erwähnt werden.)

Stumpfheit bezw. Negationen jener Unlustgefühle, welche noch innig an der sinnlichen Erregung selbst haften, liegen bei denjenigen Individuen vor, welche unästhetische Eindrücke ohne Widerwillen ertragen. Der Kenner psychopathologischer Erscheinungen weiss ein solches häufig minutiös ausgesprochenes, aber werthvolles Symptom bei beginnenden psychischen Störungen, namentlich Dementia nach Hirnhämorrhagie, Dementia senilis und paralytica wohl zu schätzen. Die „Heilung mit Defect“ nach psychischen Krankheitsprocessen kann

nicht selten ebenfalls aus diesem Symptome, welches leicht bei ihr übersehen wird, mit erschlossen werden. Es ist eben dann die frühere Frische und Kraft, jene allseitige Energie des psychischen Lebens erloschen und macht sich, wie in anderen Mängeln ebensogut auch in dem Schwunde der ästhetischen Vulnerabilität geltend. Nahe verwandt und klinisch von der grössten Bedeutung ist die Abschwächung oder Negation des Ekels, die man hinreichend, ja zum Ueberfluss bei den Zuständen geistiger Schwäche zu beobachten Gelegenheit hat. Denn diese besonders, wenn auch nicht allein, liefern die unreinlichen Kranken, die Kothschmierer, Urintrinker etc. Wenn bei Hirnkrankheiten überhaupt anhaltend Paralyse des Ekelgefühls auftritt, so ist der Verdacht auf psychischen Verfall gerechtfertigt, er wird zur Gewissheit, wenn diese Abstumpfung fortschreitet. Inwiefern ängstliche Gefühle und Wahnvorstellungen paralysirend auf die Ekelgefühle wirken können, beweisen die Hypochonder, die ausser ihrem Pulse, ihrer Zunge auch mit Vorliebe ihre Ausscheidungen untersuchen und sich mit ihnen zu schaffen machen. Beispiele von Paralyse des sexuellen Ekels liefert die forensische Casuistik der Vergehen widernatürlicher Unzucht massenhaft.

Bei den Fällen thatsächlicher conträrer Sexualempfindung (Westphal) darf aber nicht auf eine derartige Gefühlsanomalie geschlossen werden, denn bei ihnen ist eine völlige Umkehr der Geschlechtsgefühle vorhanden und es würde bei diesen pathologischen Organisationen, der Verkehr gerade mit dem anderen Geschlechte die Aufhebung ihres sexuellen Ekelgefühls nachweisen. (Denn was bei Normalen Lust erregt, macht diesen Ekel und umgekehrt.)

Beispiele: Ein Verrückter, dessen psychische Störung als hypochondrische Melancholie gerade um die Zeit der ersten Trichinenepidemien in Thüringen aufgetreten war, hielt an der Wahnvorstellung fest, dass er mit diesen Parasiten inficirt sei. Er nahm an, dass sich die Brut fortwährend in seinem Körper und der Umgebung desselben verjünge; um diesem sich fort und fort erneuernden Infectionsprocess zu steuern, trank er seinen Urin, zog kein Hemd an, ohne es vorher in demselben gewaschen zu haben und rauchte keine Cigarre, die nicht vorher mit dieser Flüssigkeit getränkt gewesen war. Denn, pflegte er zu deduciren, was der Körper ausscheidet, ist schädlich, folglich schadet es auch den Parasiten! (Eigene Beobachtung.)

M. Baumeister, 36 Jahre alt, aus W., Paralytiker, längere Zeit aus besonderen Gründen auf der med. Klinik (Jena) in Behandlung, wurde eines Tages bei der Visite über der Vorbereitung zum Essen getroffen. In die Suppe hatte er das ganze zur Verfügung stehende Brot gebrockt, viele Brocken waren bei der ataktischen Arbeit

des Kranken auf Tisch, Bett und Fussboden gefallen. Man fand ihn gerade damit beschäftigt, diese auf einer Schaufel mit einem Handbesen zusammengekehrten Brocken sammt allem dazu gelangten Schmutze in die Suppenschüssel zu schütten. Auf einen Einwurf über diese unappetitliche Zurichtung — die H. Neumann trefflich so bezeichnet, dass der Kranke das Essen sich ähnlich macht und dadurch an das Verfahren der Schlangen, den Frass zu begeifern, erinnert — erwiderte er nur: Brot ist gesund, gibt Kraft! (Eigene Beobachtung.)

Legrand du Saulle berichtet von einer Kranken, die jedes Bischen Nasenschleim, Ohrenschmalz, den Nagelschmutz einer jeden Zehe und alles, was sie vom Kopfe abkämmte, sorgfältig aufhob und in etiquettirte Packetchen einschloss. (Legrand du Saulle, Erbl. Geistesstörung. S. 55.)

Die gemüthliche Analgie oder psychische Analgesie ist eine psychopathologisch höchst wichtige Anomalie, die freilich in der Regel nur als Element schon zusammengesetzter Störungsformen vorkommt. So ist sie bei der Gemüthsstumpfheit bezw. Gemüthlosigkeit mit der Unfähigkeit zu psychischen Lustgefühlen verbunden, beim Egoismus und der Unsittlichkeit steht sie im Zusammenhange mit einem gewissen Erethismus sinnlicher Lustgefühle.

Die Frage nach dem Wesen der gemüthlichen Analgie ist eine sehr schwierige und complicirte. Sicher wird man sagen können, dass die in Rede stehende Anomalie bei denjenigen Individuen vorhanden sei, denen fremder Schmerz einfach Sinneseindruck ist, ein Verhalten, welches man bei den psychischen Schwächezuständen, primären wie secundären, und ebenso auch bei den psychischen Entartungen ganz gewöhnlich findet. Auch bei Melancholie kommt eine solche Unfähigkeit zu diesem psychischen Schmerze vor; der Kranke ist durch das eigene Wehe zu sehr in Anspruch genommen, um noch altruistische Gefühle aufbringen zu können. Es kann dieses abnorme Verhalten ihm selbst bemerklich werden und den eigenen Schmerz durch diese Erkenntniss steigern.[1]) Auch die heitere Verstimmung und der Wahnsinn bringen häufig psychische Analgesie mit sich. Der Kranke ist nur mit sich und seinen Lustgefühlen beschäftigt, um Anderer Wehe bekümmert er sich — verbotenus — gar nicht.

Auch die Abstumpfung des Selbstgefühls dürfte mit Recht zu der gemüthlichen Analgie gestellt werden. Die Apathie gegen Beleidigungen, Strafen, Brandmarkungen, Blamage etc. (welche bei

1) Diese Alteration nennt v. Krafft-Ebing psychische Anaesthesia dolorosa, entsprechend dem Gebrauche, welchen er von dem Begriffe der psych. Anästhesie macht. (Melancholie. S. 5.)

Blasirtheit vorkommt, die man mit Recht auf die Grenze zwischen Varietät und Krankheit setzt), trifft man bei schwachsinnig Gewordenen bisweilen, obwohl durchaus nicht mit Regelmässigkeit.

Sehr nahe hängt diese Form der Gefühlsabstumpfung mit der sittlichen Analgie zusammen. Sittliche Analgie gibt sich entweder im Begehen oder im Geschehenlassen und ruhigen Hinnehmen (Nichtafficirtwerden) von Handlungen kund, gegen welche sich bei der grossen Mehrzahl der Menschen naturgemäss „das Gefühl sträubt", (was besagt, dass der Gedanke der Handlung bereits Unlustgefühle erregt, mit der Phantasievorstellung also diese Gefühle anticipirt werden.) Man mag die sittlichen Gefühle für angeboren halten, immerhin werden sie durch die Heranbildung der Erkenntniss (Erziehung) erst vollkommen bewusst und zur anderen Natur, und können sie auch gewohnheitsmässig abgestumpft werden; man mag sie für erworbene Eigenschaften der menschlichen Natur erklären: die Fähigkeit zum sittlichen Fühlen ist doch wieder bei dem einen reichlicher, bei dem anderen in geringerem Grade productiv; und dabei kommt es gar nicht ausschliesslich auf die Höhe der Intelligenz an. Beschränkte Menschen können sehr sittlich sein und eine gewisse Genialität verträgt sich mit unmoralischem Handeln (§ 10). Im allgemeinen setzt man a priori von allen Menschen voraus, dass sie die durch Erziehung und (Religions-)Unterricht, zunächst rein mechanisch, gelernten Sittengesetze behalten, später begreifen und darnach handeln. Man würde ja nicht strafen können, wenn man nicht anzunehmen berechtigt wäre, dass bei der grossen Mehrzahl der Menschen der Gedanke der Uebertretung Unlustgefühle auslöst, die wir recht treffend Gewissenserregungen nennen, weil ein Wissen, ein Verstehen warum diese Unlustgefühle sich einstellen, ein innerstes Erkennen ihrer Berechtigung, dabei stattfindet.

Sittliche Analgie liegt bei den als moral insanity (Prichard) bezeichneten, häufig bezweifelten und deshalb vielfach bestrittenen aber dennoch sehr reellen Entartungszuständen vor. Sie gibt sich in den schamlosen Handlungen der Tobsüchtigen, namentlich der Nymphomanischen[1]) zu erkennen, sie ist manchen Melancholischen eigenthümlich und kommt sehr häufig bei den paralytisch und senil Blödsinnigen vor. Auch durch sexuelle Excesse stumpf gewordene Individuen und alte Schnapstrinker, die kaum mehr als psychisch

1) Benedikt sagt richtig, aus dem Leben gegriffen, dass ein starker unbefriedigter Geschlechtstrieb alle Schranken der Religion und Moral durchbricht. Das Gleiche gilt vom Hunger (bei Belagerungen etc., Anthropophagie) wie vom Durst (Wüste).

Gesunde zu bezeichnen sind, verrathen oft genug Zeichen der ethischen Analgie.

Gewisse Krankheiten bringen eine leichte und bald enger, bald weiter begrenzte sittliche Analgie nicht selten mit sich. Von den Psychosen und Neurosen sei hier an die Tobsucht, Hypochondrie und Hysterie erinnert: Die Kranken scheuen sich nicht, unanständige Dinge ganz ohne Rücksicht auf ihre Umgebung zu erzählen und Handlungen vorzunehmen, die der Gesunde nur ohne Zeugen verrichtet. Auch das Benehmen der Kranken, die an Stuhlverstopfung leiden, ist ähnlich: jede Defäcation, jeder Abgang von Luft ist ihnen ein so überwältigendes Ereigniss, dass sie diese Acte vor sich gehen lassen in Gegenwart von Anderen und in ihrer Freude über das Ereigniss gern davon erzählen. Alle Krankheiten, welche sehr heftigen Schmerz, grosse Angst und Oppression, überhaupt die lebhaftesten algetischen Erregungen mit sich bringen, führen zu sittlicher Analgie, die oft noch mit ästhetischer Analgie gepaart erscheint. So ist es bekannt, dass die decentesten Frauen in den Paroxysmen der Cholera rücksichtslos sich entblössen, das Gleiche gilt von den Meningitiden und der Peritonitis mit ihren wahnsinnigen Schmerzen.

Anomalien der psychischen Lustgefühle.[1])

§ 48. Da die Gefühle nur in Gegensätzen sich bewegen, d. h. in dem Contraste des Wohl und Wehe sich bemerkbar machen und im Grunde genommen ein vollständiges Stummsein der Gefühle bei keinem psychischen Processe besteht (indem Lust oder Unlust, wenn auch äusserst schwach, aber dennoch demselben anhaften), so liegt es nahe, darnach zu fragen, ob nicht jede Lust auf ein Verschwundensein des Wehe und umgekehrt eine jede Unlust auf ein Fehlen der Lust zurückgeführt werden könne. Dieser Gedanke ist in dem anderwärts schon mehrfach ausgesprochenen Satze enthalten, dass einem jeden Vergnügen erst der Schmerz vorausgehen müsse. In der That lässt sich nicht verkennen, dass die Beobachtung des gewöhnlichen Lebens mancherlei und scheinbar schlagende Belege für diese Ansicht liefert. Denn jenes wonnige Wohlgefühl des Recon-

1) Literatur: Die angeführten Schriften über Gefühlsanomalien. — Kemme, Ueber die Heiterkeit einiger Sterbenden. Halle. 1774. Specieller: Rush, a. a. O. S. 107. — Duttenhofer, Krankh. Erscheinungen d. Seelenlebens. Stuttgart. 1840. S. 1 ff. — Jessen, Art. „Moria“ im Berl. encyclopäd. Wörterb. d. medic. Wiss. Bd. XXIV. S. 127. — Weiterhin d. Specialarbeiten über heitere Verstimmung, Tobsucht einerseits, Melancholie anderseits.

valescenten lässt sich doch nur aus dem Verschwinden seiner Beschwerden erklären. Das Bewusstsein nimmt also unter diesen Bedingungen etwas wahr und zwar als Lustgefühl, was sonst die meiste Zeit hindurch, wo keine Erinnerung früherer, kein Gedanke an spätere Leiden auftritt, gar nicht von ihm empfunden wurde, nämlich den harmonischen Ablauf des Lebensprocesses. Dass vollkommen dasselbe von dem Verschwinden der Angst und anderen psychischen Unlustgefühlen gilt, bedarf keiner Erwähnung. Wir dürfen aber noch einen Schritt weiter gehen: wer viel und anhaltende Beschwerden auszustehen hat, dem sind die geringen Nachlässe schon Quelle der Lust, obwohl er noch mit Wehgefühlen behaftet ist, die ihm sonst in gesunden Tagen ebenso wie anderen Individuen Ursache zur Unlust gewesen wären. Und im Bereiche der psychischen Unlustgefühle ist es nicht anders. Erinnern wir uns nur des Entlastungsgefühles nach einem Geständniss, desselben Gefühles bei der Mittheilung von Wehmuth, Sorge und Qual; mit dem Aussprechen selbst ändert sich an der Ursache dieser Wehegefühle gar nichts und dennoch schafft es einen Zustand, der gegenüber dem vorhergegangenen entschieden von Lustgefühlen begleitet ist. Solchen Thatsachen gegenüber dürfte die Annahme etwas für sich haben, dass die Irritationserscheinungen pathologischer psychischer Lustgefühle mit den Zuständen der Herabsetzung des Schmerzes identisch seien und die Erfahrung, dass heitere Verstimmung oft der melancholischen nachfolge, dass scheinbar die Empfänglichkeit des Bewusstseins für die Leiden und Qualen des Lebens, die in der melancholischen Periode so heftig gesteigert war, nun mit einem Schlage vollständig aufgehoben sei, dürfte auch vom pathologisch praktischen Standpunkte aus einer derartigen Auffassung günstig sein. Für die Elementarlehre ist es aber zuerst Erforderniss, die thatsächlichen einfachen Formen gestörter Lebenserscheinungen zu suchen. Und so dürfen wir denn von der blossen Negation der Unlustgefühle, oder genauer von der herabgesetzten bezw. aufgehobenen Erreglichkeit derselben die drastische Positivität der gesteigerten Erregbarkeit oder der spontanen Erregung von Lustgefühlen trennen; dieses um so mehr, als wir wissen, dass bei psychischen Störungen nicht jeder Nachlass des Wehe gleich gesteigerte Lustgefühle hervorbringt und dass Kranke, die psychisch mehr oder weniger analgetisch sind, ganz wohl auch zu Lustgefühlen unfähig sein können, mithin das Fehlen des Wehe gar nicht durchweg übermässiger Lust gleichwerthig ist.

Die entgegengesetzte Erscheinung, die bis zur Paralyse herabgesetzte Erregbarkeit der Lustgefühle kann mit psychischer Analgie

ebensogut wie mit psychischer Hyperalgie und Neuralgie verbunden sein.

Gesteigerte Erreglichkeit der psychischen Lustgefühle. (Psychische Hyperhedonie.)

§ 49. Wenn die psychischen Processe, welche im normalen Zustande des Bewusstseinorgans keine (merkliche) Erregung von Lustgefühlen herbeiführen, deutlich mit solchen Gefühlen betont werden, wenn weiterhin die Lust, welche naturgemäss gewissen Bewusstseinsvorgängen anhaftet, excessiv ausfällt, in diesen beiden Fällen sind wir berechtigt, von einer Anomalie zu sprechen, die hier der Kürze wegen psychische Hyperhedonie genannt werden mag. Diese krankhafte Erscheinung ist in der psychischen Hyperästhesie von Jolly (vergl. § 40) enthalten und stellt einen wichtigen Factor in Neumann's Hypermetamorphose dar.

Die Analogien, welche wir für dieses pathologische Phänomen in der Gesundheitsbreite vorfinden, machen uns sofort auf zwei wichtige Umstände aufmerksam. Es musste ja schon bei Besprechung der psychischen Hyperalgie darauf hingewiesen werden, wie diese krankhafte Reactionsform der Unlustgefühle sehr oft mit einer dauernden Erregung von Wehe zusammenfällt. Aber die elementare Betrachtung gestattete uns, beide Störungsformen zu trennen. Wenn nun auch die gleiche Scheidung für die anomalen Erreglichkeits- und Erregungszustände der entgegengesetzten Gefühle durchgeführt wird, so ist wohl zu berücksichtigen, dass in praxi kaum jemals die eine als eine Störung beobachtet, ohne dass zugleich die andere angetroffen werde. Und so ist denn schon beim Gesunden die leichtere Beweglichkeit der Lustgefühle (z. B. im Zustande der Frische am Morgen, in der Stimmung bei klarem heiterem Wetter, auf der Reise, nach ästhetischen Genüssen, auch nach der Mahlzeit) in der Regel mit einer dauernden schwachen Erregung von Lust innig verbunden. Zweitens ergibt die Betrachtung der normalen Vorbilder der fraglichen Störung, dass stärker noch als bei der psychischen Hyperalgie und ihren Analogien im gesunden Leben für das Zustandekommen der gesteigerten Erreglichkeit von psychischen Lustgefühlen jene ruhige Ordnung im Flusse der psychischen Processe zurücktreten müsse, welche wir als Besonnenheit bezeichnen, sei es nun, dass sie überhaupt nicht, oder noch nicht ausgebildet, sei es, dass sie vorübergehend aufgehoben oder abgeschwächt ist. Kinder und Frauen zeigen im allgemeinen eine leichte Beweglichkeit der Gefühle, mithin

werden wir auch excessiveren Reactionsformen der Lustgefühle bei ihnen regelmässiger antreffen, als bei den Erwachsenen männlichen Geschlechts. Was die Nationalitäten anlangt, so gibt es hinsichtlich der Aequivalente unserer Störung geradezu völkerpsychologische Typen. So äussern nicht nur viele uncivilisirte Stämme eine hohe Neigung zur ganz exorbitanten Aufwallung von Lustgefühlen auf Anlässe hin, welche den Civilisirten ganz unberührt lassen, sondern es verhalten sich auch die in der Cultur fortgeschrittenen auf der Höhe der Civilisation stehenden Völker und unter ihnen wieder einzelne Zweige und Stämme, ja Gesellschaftsschichten und noch engere Gruppen zusammengehöriger Individuen in Bezug auf die Erreglichkeit psychischer Lustgefühle so verschieden, dass man schon — gewiss mit Recht — bemerkt hat, es lasse sich „die individuelle Bestimmtheit des Temperamentes, welche den Einzelnen eigenthümlich ist, auch noch auf grössere Gruppen gleichartig angelegter Wesen ausdehnen“ (Wundt).

In Krankheiten können die regelmässiger und stärker als der Norm entspricht hervortretenden Lustgefühle sinnlicher, ästhetischer und gemüthlicher Natur sein.

Was die sinnlichen Gefühle anlangt, hätten wir zunächst auf die specifische Uebererreglichkeit der Lust bei allen Genüssen hinzuweisen. Bei Hysterischen, Neuropathischen kommen diese Erscheinungen bisweilen vor, hier und da auch um die klimakterische Periode und bei senilen Hirnveränderungen. — Im Ganzen bemerkt man solche mit Hirnkrankheiten eintretende Wandlungen indessen doch selten, wenn man von den Veränderungen absieht, welche die Appetitsrichtung und die Reizbarkeitsveränderungen in anderen, den sinnlichen Lustgefühlen dienenden Nervenapparaten in verständlicher Weise erfahren (die Lust am Sauren bei Chlorose, die Lust am Getränk, an Süssigkeiten beim Diabetes, die Lust der Reconvalescenten und Inanitionskranken am Essen jedweder Beschaffenheit etc.; die Wonne bei Bewegungen lange fixirt gewesener Glieder, die Lust beim Aufathmen nach jeder Athmungsbeengung u. s. w.). Um nur ein Beispiel anzuführen, sei folgender Fall erwähnt:

F. S., eine Dame in den 30er Jahren befindlich, bekommt eine langwierige Brustkrankheit, deren Wesen nicht hinlänglich festgestellt werden kann. Nach Monaten erholt sie sich. Hatte sie bisweilen wenig Appetit gezeigt und sich kümmerlich ohne Lust ernährt, so trat jetzt eine, dieser Frau vordem ganz fremde, excessive Lust an den feinsten und ausgesuchtesten Speisen hervor, welche sich sowohl in anhaltender Beschäftigung mit dem Aussinnen der allerbesten Genüsse kundgab, als auch in der sichtlichen der Umgebung den unüberwindlichen Ein-

druck von etwas krankhaften erweckenden Wollust beim Geniessen der Speisen hervortrat. (Nach fremder Beobachtung.)

Es kann aber auch ganz allgemein das sinnliche Beeinflusstwerden dem Kranken schon excessive Lustgefühle hervorrufen. Natürlich ist dann bei dem massenhaften Wechsel der in der Aussenwelt gebotenen sinnlichen Reize eine ganz enorme Verwirrung die nothwendige Folge dieser Erreglichkeitsveränderung, welche man fast ausschliesslich bei der heiteren Verstimmung, gewissen Formen der Tobsucht und bei der progressiven Paralyse im subacuten Anfangsstadium findet. Hier und da beobachtet man diese Elementarstörung im acuten Delirium, bei lyssakranken Kindern und bei seniler Hirnatrophie. Wenn irgendwo, so versteht es sich hier von selbst, dass die gesteigerte Irritabilität der Lustgefühle mit dem gleichartigen dauernden Erregungszustande innig zusammenhängt und eine Fassungslosigkeit besteht, welche kaum anders, als durch Isolirung in Ruhe und Halbdunkel behandelt werden kann. (Hier sei an den — schädlichen aber — äusserst charakteristischen Effect einer klinischen Vorstellung bei frischen Tobsuchtsfällen erinnert.)

Eine excessive Erreglichkeit der ästhetischen Gefühle liesse sich in jenen Fällen behaupten, bei welchen es sich um pennibele Accuratesse und Sauberkeit in der Umgebung und am eigenen Körper handelt. Es sind dies dieselben Kranken, die auch an ästhetischer Hyperalgie leiden, für welche, wie gesagt, die vom Gesunden übersehenen kleinen Unordnungen und Salopperieen unausstehlich sind. (Findet der Kranke etwas schön, was dem Gesunden nicht gefallen kann, so ist kein einfaches Phänomen, sondern eine zusammengesetzte Störung, eine Perversität der ästhetischen Gefühle vorhanden.)

Auch die gemüthlichen Gefühle können leichter, als dem Normalzustande zukommt, in Form der Lust erregt werden. Jene krankhafte, immer von Neuem wieder auflodernde Gluth von heiterster Stimmung, die rasch von einer angeregten Vorstellungsreihe auf die nachfolgende überspringt und den Kranken für Ideen, die der Anschauung entspringen oder durch Erinnerung und Phantasie geweckt werden, schwärmen lässt, bringt diesen Zustand wegen der andauernden Unterhaltung, welche ihm von aussen und innen geboten ist (für den Beobachter wenigstens), dem gleich zu beschreibenden so nahe, dass eine Unterscheidung beider nur vom principiellen Standpunkte der Elementarlehre psychischer Anomalien statthaft erscheint.

Spontane psychische Lust. (Psychische Hedonie.)

§ 50. Die spontane psychische Lust, die krankhafte Wonne und Heiterkeit ohne Object, ist im Bereiche der uns gegenwärtig beschäftigenden Gefühlsanomalien, das Aequivalent der psychischen (Neur-)Algie. Als Synonyme können zum Theil gelten Chäromanie (Chambeyron) Amenomanie (Rush).

Eine Analogie im gesunden Leben bildet die gute Laune, die frohe Stimmung; die Analogie ist aber rein formell, weil ja eben diese physiologische Zustandsveränderung stets motivirt sein muss, d. h. an einer bestimmten (Erinnerungs-)Vorstellung haftet, an derjenigen nämlich, welche die zureichende Ursache der Stimmung selber innerlichst in sich enthält. Analog der Trauer verklingt die Heiterkeit und Freude von selbst, aber viel rascher als jene: „Trauer, sagt man, ernährt sich selbst, Freude verzehrt sich!“ Auch im Leben des Gesunden — dies Zugeständniss nöthigt die gewöhnliche Erfahrung doch unerbittlich ab — überschreitet je nach der individuellen Anlage undeutlicher oder greller die Heiterkeit ab und zu die enger vorgeschriebene Grenze, sie wird zur Ausgelassenheit, ja zur Lustigkeit „bis zum Närrischwerden“ und jener „tollen“ Fidelität, welche (mit den Jahren immer unnatürlicher wird und) in den eben angeführten Bezeichnungen schon an sich den klaren Hinweis auf das Pathologische enthält (§ 14). Die Fassungslosigkeit, welche diese heitersten Affecte in Folge natürlicher Rückwirkungen auf den Vorstellungsverlauf herbeiführen, ist nun zum höchsten Grade ihrer Ausbildung gelangt bei jener spontanen, der näheren Definition und Analyse complet unfähigen Lust, welche den Gesunden bisweilen im Schlafe kurz vor dem Erwachen befängt. Diese psychisch-körperliche Euphorie, deren Wonne kein Lustgefühl des wachenden Zustandes gleichkommt, ist nicht etwa blos ein absolut beschwerdeloser Zustand unseres Bewusstseins, sondern die drastische Position unaussprechlichen Wohlseins. Ebenso versichern aus Tobsucht genesene Kranke öfter, dass es ihnen nie so unbeschreiblich wohl gewesen sei, als während der maniakalischen Attaque.

In den höchsten Graden ist die krankhafte psychische Lust ebenso monoton, wie ihr Gegentheil, der psychische Schmerz; es kommt zur vollkommenen Sinnlosigkeit, zur absoluten Stockung des Vorstellungsverlaufes: „dann vergisst der Mensch in dem Entzücken der Gegenwart Vergangenheit und Zukunft, er hat nichts, als das eine Gefühl, übergibt sich schwelgend seinem Genuss, und ist im Zustande der Entzückung nicht einmal durch starke Reize der ihn

umgebenden Aussenwelt zu dem Bewusstsein derselben zurückzuführen" (Domrich). Wir beobachten solche in der Regel aus dem sprechenden Gesichtsausdrucke erschlossene Zustände von Ekstase hin und wieder bei energischen körperlichen Leiden, immer als schwere und bedenkliche Zeichen, so bei profusen Blutungen, Inanitionszuständen, nach schweren Verletzungen; bei Tuberkulose sah ich die Erscheinung zweimal als proagonisches Phänomen mehrere Stunden anhalten.

Beispiel: M. S., 26jährige Wärterin, hysterisch, mit chronischer Ruhr behaftet, erleidet, wie schon öfter, eine profuse Blutung am Darm. Leichenblass und marmorkühl, mit kaum fühlbarem Pulse liegt sie regungslos mit auf die Decke ausgestreckten Armen im Bette, die Augen halb geschlossen, heiteres Lächeln um den Mund, auf Anreden kaum eine geringe Steigerung der Heiterkeit in den Gesichtszügen, keine Worte. Dieser Zustand dauert eine Viertelstunde und mehr, der Mann wird gerufen und ihm die Proposition Blut zur Transfusion herzugeben gemacht. Während noch die Unterhandlungen mit dem selbst kränklichen und sich weigernden Gatten stattfinden, erwacht mit einem heftigen Zucke die Frau aus der Ekstase und macht uns Vorwürfe, dass wir sie aus dem unbeschreiblich seligen Zustande erweckt hätten. Sie erholte sich langsam beim Gebrauche schwerer alter Weine, hatte aber später noch ab und zu ähnliche obwohl nicht so schwere Anfälle von Ekstase bei Gelegenheit der wiederkehrenden Blutungen. (Eigene Beobachtung.)

Mittlere Grade der spontanen psychischen Lust gestatten noch einen Verlauf von Vorstellungen, aber man wird bemerken, dass derselbe häufig ungeordnet ist und dem Delirium sich nähert — so bei den Vergiftungen von Lachgas, Chloroform, Atropin, Haschisch, Opium, Amylnitrit, auch Kohlensäure (Böhm) etc. bevor die Bewusstseinspause eingetreten ist, beim stärkeren Alkoholrausche und mehreren anderen Intoxicationen, bei welchen närrische Heiterkeit vorkommt — anderseits beobachtet man die Störung bei Hirnkrankheiten, bei einfacher Hirncongestion, nach Gemüthsbewegungen (Huguenin), bei cerebralen Affectionen, welche von Meningitis abhängen (Merkel, Huguenin), in der multiplen Hirnsklerose, der senilen paralysischen oder nach psychischen Störungen folgenden Hirnatrophie. Von den Psychosen ist die Tobsucht (nebst den Varietäten Nymphomanie, Folie raisonnante) vor allem zu erwähnen.

Beispiel: S., ein 70jähriger Pfarrer, wegen senilen Blödsinns mit Aufregung, in die Irrenanstalt verbracht, lag in späteren Stadien seines Leidens wegen hochgradiger Schwäche andauernd zu Bett. Er wurde, gewöhnlich stumpf, bei Anreden verwirrt, häufig in schlummerndem Zustande angetroffen. Eines Morgens aber bei der Visite sitzt er aufrecht im Bett mit heiterster Miene und ruft mir sogleich beim Ein-

treten entgegen: „ach, wie froh bin ich, dass Sie kommen, ich bin den ganzen Morgen so glücklich gewesen, so glücklich, ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie glücklich!“ Auf näheres Befragen gibt er unter den Ausdrücken grösster Heiterkeit und fortwährendem Händedrücken immer nur die gleiche Antwort: „so glücklich gewesen und auch jetzt noch so froh.“ (Eigene Beobachtung.)

Huguenin berichtet, dass bei einer Frau nach dem Tode ihres Mannes ein 10stündiges fieberloses Delirium vom Charakter ausgelassenster Heiterkeit ausbrach. Dabei bestanden die Zeichen intensiver Hirncongestion. (v. Ziemssen's Handb. der speciellen Pathol. Bd. XI. 1. S. 408.)

Herabgesetzte Erreglichkeit der psychischen Lustgefühle.

(Psychische Anhedonie.)

§ 51. Wie bei der psychischen Analgie so sind auch bei der in Rede stehenden Elementarstörung verschiedene Grade zu unterscheiden: von der leichten Herabsetzung der Erreglichkeit psychischer Lustgefühle bis zum totalen Stummbleiben derselben bei psychischen Reizen, welche nach allgemeinen Voraussetzungen mit Lust betont sein sollten.

Innerhalb der Gesundheitsbreite bemerken wir übrigens schon bei den einzelnen Individuen wesentliche Unterschiede in der Disposition gewisse psychische Reize mit Lustgefühlen zu beantworten. Angeborene Eigenthümlichkeiten, Erziehung, Lebensgewohnheit, Stand, Nationalität etc. sind hier von wesentlicher Bedeutung, insofern der Einzelne oder die Gesammtheit in Hinsicht auf sinnliche und ästhetische Genüsse, in Bezug auf die Anspruchsfähigkeit des Gemüthes zur Lust, endlich, was den Sinn für sittlich Wahres und Grosses anlangt, gegenüber anderen Individuen oder kleineren und grösseren Gruppen von solchen kühl und schwer erreglich, kalt, torpid und beinahe unempfänglich erscheint.

Es ist ja beim Kranksein überhaupt eine sehr gewöhnliche Erscheinung, dass die Fähigkeit zum Geniessen nach jeder Richtung hin abgeschwächt oder mehr oder weniger brach gelegt ist. Der Gefühlseffect gebotener (körperlicher wie geistiger) Genüsse fällt eben, wird er überhaupt bemerkt, beim Unwohlsein deutlich matt aus, und es ist gar nicht einmal nöthig, dass der Kranke Schmerzen oder Beschwerden habe, damit diese Abschwächung zu Stande komme. Das ist die für uns wichtige, wegen ihrer Häufigkeit aber gewöhnlich nicht weiter beachtete, zwangsmässige Umwandlung im psychischen Verhalten, welche die Störung der Gesundheit gern hervorbringt. Das Angebot von sinnlichen, ästhetischen und gemüthlichen Genüssen

dient ja bei Kranken überhaupt als Reagens auf das Befinden: er hat wieder gegessen, geraucht, musicirt, Interesse und Theilnahme für Dieses oder Jenes gezeigt, das hören wir täglich, ja wir fragen darnach, ob dem so gewesen sei. Darin liegt die stillschweigende Voraussetzung, dass es bis dahin mit der Anspruchsfähigkeit der Lustgefühle anders war. Ganz das Gleiche, nur mit stärkerer Betonung der psychischen Sphäre der Gefühle, gilt für das Stadium decrementi von seelischen Störungen. Ein gutes Kriterium der Reconvalescenz und dauernden Heilung ist es, wenn der Kranke den früher ihn erhebenden Reizen des Lebens wieder sich eröffnet, alte Neigungen sich wieder herstellen und die Gefühle der Lust wieder auf die gewohnten Bahnen einlenken.

Psychopathologisch besonders wichtig erscheint aber jene Vertaubung der intellectuellen Lustgefühle, welche einen integrirenden Bestandtheil des Symptomencomplexes der Gemüthsstumpfheit ausmacht. Es ist ja eine öfters von Kranken selbst noch ausgesprochene und durch die Beobachtung bei passenden Gelegenheiten leicht zu constatirende Thatsache, dass denselben die Fähigkeit, sich herzlich zu freuen über eigenes Glück, sowie an fremder Freude, fremdem Wohlsein („Mitfreude“, Gefühle aus Phantasievorstellungen entspringend) sich zu erwärmen, abhanden gekommen sei. Man wird bemerken, dass diejenigen Kranken, welchen die fragliche Gefühlsvertaubung noch zum Bewusstsein kommt und gemüthliche Skrupel macht (— psychische Anaesthesia dolorosa v. Krafft-Ebing —) allemal Melancholiker sind und zwar solche in der Anfangsperiode. Das Verständniss dieser Erscheinungen im psychischen Leben wird durch den Vergleich mit jener Stimmungslage des Gesunden erleichtert, welche nach harten Schicksalsschlägen, Verlust von materiellen wie intellectuell-gemüthlichen Besitzthümern beinahe nothwendig eintreten muss. So wenig wir hier zu der Annahme einer jenseits der physiologischen Grenze liegenden Störung hinneigen, weil wir den Einklang von Ursache und Wirkung klar erkennen, so verständlich erscheint uns bei den Melancholischen, welchen sich fort und fort wieder erzeugender psychischer Schmerz innewohnt, die Unfähigkeit zu erhebenden Gefühlen, sei es, dass sie an der Vorstellung vom eigenen Ich zu haften, oder sich auf andere Personen zu beziehen hätten. Diese Unfähigkeit zur Gemüthslust ist eine Consequenz des pathologischen Zustandes, in welchem das heftige Wehe dominirt und mit scharfer Waffe alle Lustgefühle einfach abschneidet. Auch Hypochonder können Unfähigkeit zu Lustgefühlen zeigen; bei ihnen ist es das stetige Fortbestehen des Krankheitsgefühles, welches sie un-

empfänglich macht für eigene und fremde Lust. Eine Bewusstseinsaction, d. h. eine Erkenntniss dieses Defectes im Fühlen überhaupt oder in seiner Lebendigkeit kommt in der Regel bei diesen Kranken nicht zu Stande. Auch Tobsüchtige und Wahnsinnige zeigen sich oft unempfänglich zur Mitfreude. Bei ihnen ist dies jedesmal der Fall, wenn das eigene Ich zu den Angelegenheiten Anderer in keiner erfindlichen Beziehung steht. Es bedarf nur der einfachen Erwähnung, dass bei Schwachsinnigen und Blödsinnigen im allgemeinen die Fähigkeit zu den Lustgefühlen höherer, intellectueller Natur in demselben Maasse schwach erscheint, als das Verständniss menschlicher Verhältnisse überhaupt eingeschränkt ist. Doch wird man bei diesen Individuen auch hier und da noch Anspruchsfähigkeit für Lustgefühle, egoistische wie altruistische, finden, welche ihre Gemüthslage sowohl von dem total Gefühlsstumpfen, Blasirten einmal, sodann von derjenigen der Entarteten (gewöhnlich erblich Belasteten) und moralisch schwachsinnigen Creaturen unterscheidet, welch' letztere nur noch enge auf die nächsten Interessen der eigenen Person beschränkter, perverser Lustgefühle fähig sind.

Beispiele: 1. H. D., 58 Jahre alt, aus Würzburg, hatte sehr viel häuslichen Kummer mehrere Jahre hindurch zu überstehen, da sie nach Verheirathung ihrer Tochter nach auswärts mit ihrem wegen grober Alkoholexcesse aus dem Dienste entlassenen Manne allein lebte, und alle Tage den heftigsten Insulten des Trunkenboldes ausgesetzt war. Sie kam wegen einer melancholischen Verstimmung von krankhafter Natur, die sie erkannte, in meine Behandlung. Ausser den gewöhnlichen Erscheinungen der Angst und dauernden Wehes, der Trägheit und Lässigkeit in allem, was „Kopf koste", klagte sie auch, dass die Liebe zu ihrer Tochter sichtlich bei ihr abgenommen habe; dieselbe werde nächstens niederkommen und es sei das erste Kind, das lasse sie aber ganz kalt, und doch sage sie sich immer, sie würde sich früher über ein solches Ereigniss sehr gefreut haben. Die Kranke wurde von allen Beschwerden gebessert; complete Heilung trat bald nach dem Tode des trunksüchtigen Gatten ein. (Eigene Beobachtung.)

2. X., 56 Jahre alt, ein hochgestellter Herr, neuropathisch disponirt, hatte längere Zeit grosse Dosen von Chloralhydrat genommen, welches ihm anfangs in schwacher Gabe wegen einer ab und zu bestehenden Schlaflosigkeit verordnet war. Ausser den Erscheinungen einer chronischen Chloralintoxication wird noch über blitzartig auftretende Zwangsvorstellungen, sozusagen (nicht hallucinatorische) Vorschläge zum Selbstmorde geklagt. Dabei Misanthropie, lange Weile, nebenher complete Gleichgiltigkeit gegen das bevorstehende ehrenvolle Anvancement (welches während der melancholischen Periode thatsächlich eintrat). Heilung durch Abstinenz von Chloral und Kaltwassercur. (Eigene Beobachtung.)

Die Unfähigkeit, am sittlich Wahren und Grossen sich zu erfreuen und Begeisterung für ethisch Vollendetes zu empfangen, ist im allgemeinen bei Schwächungen der intellectuellen Fähigkeiten vorhanden, demnächst bei starker einseitiger Ueberreglichkeit, dauernder Erregung von Gefühlen überhaupt; diese Anomalie spielt psychopathologisch keine so hervorragende Rolle, wie die moralische Analgie, mit welcher sie ja häufig genug in Verbindung steht. Wir beschränken uns darauf, sie an dieser Stelle einfach zu erwähnen.

Was für viele Menschen — glücklicherweise noch — die höchste, edelste intellectuelle Lust ist, die religiöse Erbauung, das kommt dem Melancholiker ebenfalls nicht ganz selten und bisweilen zu seiner tiefsten Qual abhanden.

Combinirte Gefühlsanomalien und Perversitäten der Gefühle.

§ 52. Die allgemeine Symptomatologie der psychischen Störungen hat im Grunde genommen nur die elementaren Formen krankhafter seelischer Lebensäusserungen aufzusuchen und ihrem Wesen nach zu erörtern. Am Schlusse unserer Betrachtungen über die Gefühlsanomalien angelangt, dürfen wir indessen noch einiger wichtiger Störungsformen gedenken, welche, obwohl nicht mehr zu den Elementen gehörend, dennoch gegenüber den Symptomencomplexen, von welchen die specielle Pathologie zu lehren hat, relativ einfache Verhältnisse der Beobachtung darbieten.

In den vorhergehenden Abschnitten musste schon darauf hingedeutet werden, wie gewisse Gefühlsstörungen nothwendigerweise andere Anomalien der Gefühle entweder erschweren und ausschliessen oder ihnen im Gegentheil Vorschub leisten. Wie bei einer Neuralgie häufig genug Hyperalgesie der betroffenen Bahnen besteht, so dass man oft über die Winzigkeit der Reize staunt, welche den vorhandenen Schmerz bis zur excessiven Höhe steigern, so kann mit dem psychischen Wehe auch heftige Wehleidigkeit verbunden sein, wenn dasselbe nicht seinen höchsten Intensitätsgrad erreicht. Im letzten Falle kommt dann im Gegentheil Analgie zu Stande, wie bereits besprochen wurde. Dass der psychische Schmerz Lustgefühle nicht aufkommen lasse, ergab sich ebenfalls als selbstverständlich. Auch die krankhaften Erregungszustände der Lustgefühle bringen leicht verständliche Consequenzen dieser Art mit sich. Diese combinirten Anomalien sind es indessen nicht, auf welche wir hier einzugehen haben. Wir betrachten vielmehr gewisse andere Gefühlsanomalien, deren Zusammensetzung nicht so einfachen Gesetzen entspricht.

Wenn zugleich eine gesteigerte Erregbarkeit von Lust- und Wehgefühlen vorhanden ist, so sprechen wir von

Stimmungswechsel.

§ 53. Schon im normalen psychischen Leben beobachten wir etwas dem Stimmungswechsel sehr ähnliches. Es ist der Gemüthszustand, der dichterisch sprüchwörtlich ausgedrückt wird in den Worten: „himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt", jene reizbare Schwäche des Gemüthes, welche darin besteht, dass fast eine jede Vorstellung Gefühle erregt; bald sind sie freudige, erhebende, bald traurige, drückende und das betreffende Individuum lacht unter Umständen mit Thränen in den Augen. Der Stimmungswechsel ist immerhin eine auffällige Abweichung vom Durchschnittstypus des psychischen Verhaltens — selbstverständlich beim erwachsenen Menschen, denn dem Kinde ist er natürlich — und die Erfahrung lehrt, dass er hauptsächlich den sogenannten nervösen Personen eigenthümlich ist, die es sogar bis zu einem gewissen Bedürfniss bringen, immer „in Stimmung" und zwar in wechselnder Stimmung zu sein (Griesinger). Auch für die erbliche Belastung ist diese Anomalie charakteristisch „die Unbeständigkeit ihrer Zuneigungen und ihres Hasses ist überraschend", sagt Legrand du Saulle von diesen Creaturen, „der geringste Umstand verändert ihre Gefühle. Heute besitzen sie nicht genug Schimpfworte für einen der Ihrigen und morgen werden sie nicht genug Schmeicheleien und Lobeserhebungen für denselben finden. Die geringste Kleinigkeit versetzt sie in Zorn und die geringste Kleinigkeit beruhigt sie wieder Ohne Vermittelung und fast ohne Grund erfolgt bei ihnen der Uebergang von Lust zu Schmerz, von Freude zu Traurigkeit." — Bei manchem dieser Kranken oder vielmehr psychisch kränklichen Personen ist es, als ob dieser Gemüthszustand nur schlummerte, als ob blos eine Disposition zu demselben vorhanden wäre; alle möglichen Einflüsse, eine kleine Störung des körperlichen Lebens, ein Glas Wein, eine psychische Aufregung, ein Affect, bringen ihn zum Vorschein. Stimmungswechsel findet sich bei Nervenkranken überhaupt nicht selten. Hysterische sind ihm sehr häufig unterworfen, auch Hypochonder verfallen oft in Stimmungswechsel, desgleichen Epileptiker. Nach Kopfverletzungen kann er vorkommen, er findet sich bei vielen Lyssakranken, bisweilen in der Chorea minor und magna. Unter den Veränderungen der psychischen Verrichtungen, welche schwere Hirnkrankheiten entzündlicher und degenerativer Natur mit sich bringen, spielt er eine

nicht unwichtige Rolle, wie die Erfahrung an Fällen von Meningitis tuberculosa, auch cerebrospinalis, Hirnatrophie in allen ihren Formen, von multipler Hirnsklerose nachweist. Was die psychischen Störungen im engeren Sinne betrifft, so ist zunächst an das Initialstadium derselben zu erinnern, welches häufig Stimmungswechsel mit sich bringt; für die Manie ist er geradezu charakteristisch: „In dem Register der Tobsucht, sagt Spielmann, fehlt auch nicht eine Stimmung. Aber selbst in Nüancen der Qualität gilt das Schwanken von Gegensatz zu Gegensatz.“ — Auch die Nymphomanie, die Mania transitoria, die leichten Grade der alkoholischen Geistesstörung können Stimmungswechsel mit sich bringen. Bei Schwachsinnigen ist er leicht durch die entsprechenden psychischen Reize herzustellen. Eine ganz protrahirte cyklische Form des Stimmungswechsels ist bei der Folie circulaire und Kahlbaum's Hebephrenie vorhanden.

§ 54. Wenn der Stimmungswechsel eine Gefühlsanomalie darstellt, deren Wesen besteht in einem abnorm raschen Uebergang der Lust zum Wehe und umgekehrt, so ist die

Stimmungsmischung

dadurch charakterisirt, dass entgegengesetzte Gefühle so rasch sich folgen, dass sie scheinbar zugleich im Bewusstsein auftreten. Man bezeichnet die zunächst hierhergehörige Erscheinung als Rührung (freilich auch wohl als Wehmuth), welche im allgemeinen bei starken Lustreizen, bei überraschenden freudigen Erregungen vorkommt. Es erscheint dann der Apparat der psychischen Verrichtungen gegenüber auch dem erhebenden Reize zu schwach, so dass er diesen als Störung empfindet. Ein solches Verhalten wird namentlich bei Frauen nicht selten beobachtet, bei welchen sich gern „in das Lächeln der Freude die Thräne der Trauer einmischt“. Lotze hebt mit Recht hervor, dass man es als ein bedenkliches Zeichen zunehmender Reizbarkeit betrachtet, wenn auch Männer bei freudigen Affecten eine leicht erregbare Rührung zeigen. Auch diese Anomalie der Gefühle ist pathologisch wichtig. Sie wird beobachtet bei schweren Leiden überhaupt, speciell im Beginn psychischer Störungen, wenn die Erregbarkeit der Gefühle im allgemeinen unverhältnissmässig stark ist und die Erscheinungen der psychischen Hyperalgie im Krankheitsbilde vorherrschen, wiewohl die Anspruchsfähigkeit der Lustgefühle noch fortbesteht.

Dies gilt für unsere Culturepoche allein; denn jeder weiss, dass

die Stimmungsmischung, welche sich im Weinen vor Freude ausdrückt, bei verschiedenen Völkern, zu verschiedenen Zeiten völlig normal und auch dem männlichen Geschlechte natürlich war. In den sentimentalen Cirkeln und Genossenschaften kann sie bekanntlich gezüchtet werden. Dann ist sie aber Kunstproduct und nicht directe Folge einer wirklichen Störung.

Das Phänomen, welches K. W. Ideler als

Leidseligkeit

bezeichnet hat, ist eine gewisse Lust an der Wehmuth; ebenfalls innerhalb der Gesundheitsbreite als Attribut „nervöser“ Frauen vorkommend, bildet diese Gefühlsanomalie einen bestimmten Zug in der Physiognomie der einfachen Melancholie: „Sturm, Gewitter, Erdbeben, Finsterniss, Brand wären meine grösste Lust, wenn sie nicht immer vorübergingen. Niemals war ich glücklicher, als während des Bombardement“ (Strassburg), so schrieb eine Kranke v. Krafft-Ebing's.

§ 55. Aus der Unfähigkeit zu intellectuellen Lust- und Unlustgefühlen setzt sich die schon öfters erwähnte

Gemüthsstumpfheit bezw. *Gemüthslosigkeit*

zusammen. Sie ist identisch mit der bekannten Apathie (*πάσχειν* im Griechischen sowohl für die Erregung von Lust — *ἡδὺ πάσχειν* — als wie von Unlust gebraucht), mit dem gemüthlichen Torpor. Wir haben bei der Besprechung der beiden Elemente dieser Gefühlsanomalie hinlänglich von den Analogien, der Erscheinungsweise und dem Vorkommen der Stumpfheit im Bereiche der Gefühle gesprochen, so dass hier blos auf den Begriff hingewiesen zu werden braucht und von einer eingehenden Erörterung der betreffenden Störung Abstand genommen werden darf.

Perversitäten der psychischen Gefühle.

§ 56. Es erübrigt nun noch, gewisser krankhafter Phänomene in der Gefühlssphäre zu gedenken, welche weder als einfache Steigerungen der Erreglichkeit bestimmter Gefühle, noch als blosse Herabsetzungen bezw. Negationen derselben allein betrachtet werden können, sondern innige Verbindungen derartiger Störungen darstellen. Wir wollen sie als Perversitäten der Gefühle bezeichnen. Das Wesen derselben besteht darin, dass psychische Reize, die normalerweise Unlust erregen sollten, gerade umgekehrt Ursache von Lust werden, ander-

seits diejenigen Reize, die dem Gesunden Wohlgefühle erwecken, bei dem Kranken Quelle von psychischem Schmerze werden. Wiewohl es auch in Bezug auf diese krankhaften Erscheinungen nicht ganz an Analogien aus dem Bereiche des gesunden psychischen Lebens fehlt, ja, wenn wir das Verbrechen und die Unmoralität überhaupt noch in dieses Gebiet stellen (als traurige Abweichungen von der Norm, die noch nicht krankhaft sind) sogar sehr complete Aequivalente der pathologischen Erscheinungen sich aufdrängen, so können wir dennoch sagen, dass diese Anomalien der Gefühle für die Lehre vom kranken Seelenleben äusserst wichtig und besonders charakteristisch sind für die krankhaften Entwickelungsvorgänge, welche wir als psychische Entartungen bezeichnet haben (§ 11). Denn diese liefern psychische Persönlichkeiten, bei welchen einseitige Lustgefühle in ganz excessiver Heftigkeit angeregt werden können, während zugleich wieder eine totale Vertaubung gewisser Gefühle der Unlust vorhanden ist. Insofern die Gefühle in ihrem gegenseitigen Aufeinanderwirken, in eben jenen bereits erwähnten, gegensätzlichen Qualitäten beim Gesunden sich zu neutralisiren vermögen, fehlt es dort an einem solchen harmonischen Verhältniss der Wechselwirkung, so dass auf derartige Creaturen der volksthümliche Ausdruck „verdreht sein“ vollkommen zutrifft. Aber nicht allein die Entartungen, jene krankhaften Entwickelungsvorgänge des psychischen Lebens, sondern auch die psychischen Störungen, welche erworben werden, können derartige Gefühlsperversitäten mit sich bringen, die gerade oft, so lange noch die Fähigkeit der Selbstbeobachtung und Selbsterkenntniss dem Kranken möglich ist, heftige gemüthliche Stürme bei ihm hervorrufen. Dann wird der Kranke jenes vielgenannten „inneren Widerspruches“, der „Selbstentfremdung“ (Zeller) sich bewusst, er lehnt sich gegen die krankhafte Gefühlsthätigkeit auf und versucht anfangs noch, gegen die ihm selbst bemerkliche Depravation anzukämpfen. Später aber, in der Periode des Verfalls, haben wir den Eindruck, dem Niemand besser wie Griesinger Worte verliehen: „als ob das endliche Versinken, die endliche Ruhe von den Aufregungen und Stürmen des Lebens eine Ruhe sei, die man ihm (dem Kranken) gönnen möchte, wäre sie nicht mit dem grössten Unglücke, das den Menschen treffen kann, mit dem Verluste der freien Selbstbestimmung erkauft.“

§ 57. Wir betrachten zunächst Perversitäten, die dadurch charakterisirt sind, dass psychische Reize, welche naturgemäss Quellen von Lustgefühlen sind, nicht diese, sondern im Gegentheil Unlustgefühle

erregen. Hierher gehört die Abneigung mancher Neuropathischen und psychisch Entarteten gegen das andere Geschlecht (in der Phantasievorstellung anticipirte sinnliche Gefühle) überhaupt der Ekel vor sinnlichen Genüssen, die dem Gesunden natürlich sind. Da sich gewöhnlich mit diesen Alienationen der Gefühle noch perverse Lustgefühle verbinden, welche sich an naturgemäss widerwärtige psychische Reize anschliessen, so beschränken wir uns darauf, hier diese Erscheinungen einfach zu erwähnen. Das Gleiche gilt von der perversen Reaction auf ästhetische Eindrücke und sogar die wichtigen Erscheinungen, welche die Entartung und Verkehrung der sittlichen Gefühle hervorbringt, verhalten sich analog. Immer tritt in diesen Fällen nicht nur die entgegengesetzte Reaction der Gefühle in der Weise ein, dass Unlust statt der Lust empfunden wird, sondern es macht sich gleichzeitig auch noch die Lust am Unästhetischen und Unsittlichen lebhaft geltend. Bei den intellectuellen Gefühlen, welche als gemüthliche im engeren Sinne bezeichnet werden, tritt die Perversität, welche uns beschäftigt, reiner hervor. Schon die physiologischen Störungen des psychischen Lebens liefern Beispiele in entsprechend milden Formen. Es gibt gewisse, von Zeller schon zu den krankhaften gerechnete, Gemüthszustände, die man als Verbitterung, Aergerlichkeit u. s. w. bezeichnet, welche die Elemente der Hyperalgie und der Unfähigkeit zu Lustgefühlen zugleich enthalten: dann empfängt der Mensch aus allen, auch den sonst lustbringenden Eindrücken nur psychisches Wehe. Die berechtigte Trauer bringt eine ähnliche Verkehrung der Gefühle mit sich. Eine jede heitere Vorstellung steigert das Weh des Betrübten, weil er, unfähig zu Lustgefühlen, durch einen raschen Associationsvorgang des Contrastes bewusst geworden, nun das eigene innerste Wehe im excessiven Maasse fühlt. Wie ihm das Sehen glücklicher, fröhlicher Menschen, ja schon der Anblick von Naturschönheiten, noch mehr aber das Anhören lustiger Musik bereits Quellen der Schmerzsteigerung werden, so überwältigt den Melancholiker bei den gleichen psychischen Reizen ein namenloses anschwellendes Wehgefühl. „Die Sonne, die heiteren Gesellschaften und Ergötzlichkeiten sind mir lauter Tormenten“, sagte eine Kranke recht bezeichnend, deren Geschichte v. Krafft-Ebing mitgetheilt hat. Hierher gehört natürlich auch die Misanthropie, welche wir bei Melancholikern und psychisch Entarteten finden. Diese schwere Umwandlung der Gefühle ist es, bei welcher nicht selten gerade die Liebe zu Gatten, Kindern, Eltern, Geschwistern, Freunden in Hass und Ekel umschlägt.

In weiterer Entwickelung zeigt diese Perversität der Gefühle

eine allgemeine tiefe Aversion gegen alle die freundlichen und erhebenden Beziehungen der Menschen untereinander, gegen das ästhetisch und sittlich Grosse. Die Welt und alles, was sie bietet, erscheint dem Kranken durchaus widerwärtig. Leicht kann es bei dieser Gemüthslage auch zu Neid und Missgunst kommen, so lange nämlich der Kranke noch das Verständniss fremder Lust und fremden Glückes besitzt, aber selbst nicht mehr aus der Lust Anderer Mitgefühle empfangen kann.

§ 58. Fast noch wichtiger als die soeben besprochene Perversität ist die entgegengesetzte, wie erwähnt mit jener im nahen Zusammenhange stehende Gefühlsalienation, deren Wesen darin besteht, dass den Kranken psychische naturgemäss schmerzlich wirkende Reize Lustgefühle erregen. Das Gebiet dieser Phänomene ist ein sehr grosses und die allerverschiedensten Erscheinungen sehen wir im Bereiche desselben auftreten. Wir können nur die hauptsächlichsten und wichtigsten Anomalien, welche hier in Frage kommen, namhaft machen.

Zuvörderst sei an gewisse in der Vorstellung anticipirte Gefühle erinnert, die dem gesunden und civilisirten Menschen vollkommen unnatürlich und unbekannt sind, weil sie in seiner inneren Erfahrung nicht existiren. Erhält er aber, wie ja natürlich ist, aus gewissen Handlungen roher (entarteter?) Völker und degenerirter Menschen Kenntniss von der Möglichkeit solcher Gefühle, so werden sie ihm in ihrer Eigenschaft als Lustgefühle unverständlich sein und heftigen Ekel erregen. Denn im allgemeinen schaudert der Mensch vor der sexuellen Berührung mit dem verblühten Alter, mit dem eigenen Geschlecht, mit Leichen und Thieren zurück. Auch das Bewusstsein unmittelbarer Blutsverwandtschaft bringt in der Regel sexuellen Ekel hervor. Ob solche Aversionen immer Producte einer fortschreitenden Civilisation sind oder nicht, ist für die allgemeine Psychopathologie gleichgiltig. Wir wissen, dass sie auf frühen Stufen der Cultur häufig fehlen und dass niederen Völkern die entsprechenden Gefühlsdefecte anhaften, welche demjenigen Vorschub leisten, was erst die geläuterte Cultur als Laster bezeichnet. Die Degeneration der Völker bringt aber diese Perversitäten ebenso wieder hervor, wie die Degeneration des Individuums. (In Bezug auf die geschlechtliche Vermischung mit Blutsverwandten bestehen und bestanden öfter gewisse Ausnahmen: dasselbe Volk, welches die Sage von dem Verhältniss des Oedipus besass, fand, wie Cimon's Beispiel beweist, nichts in der Heirath zwischen Halbgeschwistern.)

Weiter schliessen sich hier die krankhaften Gelüste nach geradezu ekelhaften Dingen an. Kothschmiererei, Kothfresserei und Urintrinken können nicht nur in einer Lähmung des Ekels, sondern auch in der Substitution desselben durch perverse Gier begründet sein. Auch die Anthropophagie gehört in diese Kategorie. Schwache Miniaturerscheinungen dieser Art haben wir in den Gelüsten der Schwangeren und Hysterischen vor uns. Bei allen diesen in Handlungen auslaufenden und nur in diesen auch nachweisbaren Perversitäten, handelt es sich zuletzt doch um Gefühle, die als solche in der Vorstellung entspringen, anticipirt werden und so zu Trieben Veranlassung geben. Denn wenn nicht das sinnliche Gefühl vorher phantastisch vorgestellt würde, könnte ja die Handlung nicht zu Stande kommen, durch welche es befriedigt wird.

Die Perversitäten auf dem Gebiete der ästhetischen, moralischen und gemüthlichen Gefühle hängen untereinander sehr nahe zusammen. Die Freude am Zerstören der Ordnung, am Vernichten nicht empfindender Organismen (Pflanzen), die Lust am Ruiniren oder Entstellen von Producten menschlichen Fleisses oder menschlicher Kunst steht sehr nahe der perversen Lust am Zerstückeln und Zerfetzen von Cadavern, und diese wieder hängen zusammen mit der Wollust an fremdem Schmerze, sei er sinnlich oder psychisch. Dieses ist das eigentliche Gebiet der Gefühlsalienation, von welchem bei psychisch entarteten Creaturen die für sie charakteristischen Impulse und Handlungen ausgehen. „Von der unschuldigen Neckerei, die Lust an der blossen Verlegenheit des Anderen empfindet, diesem aber Gelegenheit bietet, Gleiches mit Gleichem zu vergelten und Spiel und Unterhaltung belebt, steigert sich die Alienation zur Schadenfreude und endlich zur Lust an Martern und Qualen". Freude am körperlichen Schmerze von Mensch und Thier, wie ihn die Grausamkeit repräsentirt, ist bei niederen Völkern nur ein Zeichen unvollständiger Entwickelung der Intelligenz: sie freuen sich nur am Leid ihrer Verfolger (wie bekanntlich die Matrosen an der Todesqual ihres gefährlichsten Feindes, des Haifisches). Wenn aber hochgestiegenen Völkern die Grausamkeit natürlich wird, dann ist sie ein Zeichen des Verfalls, der langsam und unmerklich heranschleicht, zuerst in Perversität der Gefühle sich geltend macht und sich regelmässig mit Aberrationen der Geschlechtsgefühle verbindet. Genau so verhält es sich bekanntlich auch beim Individuum. Es ist eine alte Lehre, dass abnorme (verfrühte, unnatürliche) sexuelle Erregung mit Freude an sinnlichem fremdem Schmerze zusammentrifft. Deshalb finden wir die Grausamkeit bei den erblich schwer belasteten Kindern, bei ge-

schlechtlich Erschöpften, Nymphomanischen, bei denen, wie Neumann richtig geltend macht, nicht gesteigerter normaler Trieb, sondern einfach geschlechtliche Reizung besteht: „In der Liebe sinnliche Naturen sind selten grausam, werden es aber häufig genug in Folge übermässiger Befriedigung indem mit dem Aufhören der somatischen Liebe auch der letzte Faden der psychischen zerreisst" (Domrich).

Die Freude am psychischen Schmerze Anderer, die Schadenfreude, ist neidischen, missgünstigen, verbitterten und egoistischen Naturen eigenthümlich. Pathologisch ist sie von Wichtigkeit für Schwachsinn, für moral insanity; sie ist ein bestimmter Zug im vielgestaltigen Bilde der erblichen Geistesstörung, kann bei Hysterischen (wie kürzlich Jolly noch hervorgehoben) dauernd, in den Anfällen der Chorea magna bisweilen, im acuten Alkoholismus, bei Tobsüchtigen und bei Wahnsinnigen vorübergehend auftreten.

Die Gefühlsperversität, welche in Lust an unsittlichen Handlungen oder Producten von solchen besteht, also sich auf die Verletzung derjenigen Gefühle bezieht, welche der Gesammtheit heilig sind, tritt in der Freude an unflätiger Zotenreisserei, in gieriger Production schmutziger Eindrücke zu Tage. Sie zeigt sich in anderer Form in der Freude am Verläumden hinter dem Rücken (Verdächtigung anderer Personen durch Nymphomanische etc.) bei der Freude am Lügen ohne irgend welche Noth, welche wir bisweilen bei neuropathischen Kindern beobachten, in der Lust der Hysterischen an allerhand Betrügereien u. s. w.

Anomalien des Vorstellens.[1])

§ 59. Was man dem gewöhnlichen Sprachgebrauche gemäss unter Vorstellung versteht, ist das Bild eines Gegenstandes. Da nun

1) Literatur: Aeltere Lit. bei Plouquet Lit. med. digest. I. S. 43 (Amentia). — Crichton, Unters. über d. Nat. u. Urspr. d. Geisteszerrüttung etc. 2. Aufl. S. 120—290. — Ph. Pinel, Abhandl. üb. Geistesverirrung etc. Deutsch v. Wagner. Wien. 1801. S. 22. — Dubuisson, Vesanies etc. p. 8 ff. — Buzorini, a. a. O. S. 42 ff. — Leuret, a. a. O. S. 3—396. — K. G. Neumann, Krankheiten des Vorstellungsvermögens. Leipzig. 1822. S. 61 ff. — Derselbe, Art. „Amentia" im Berl. encyclop. Wörterb. d. med. Wiss. Bd. II. S. 196. — Esquirol, Geisteskrankh. Deutsch v. Bernhard. 1838. Bd. I. § 1. — Friedreich, Allg. Pathol. d. psych. Krankh. S. 187 ff. — Sinogowitz, Die Geistesstörungen. Berl. 1843. S. 205 ff. — Hagen, in Wagner's Handwörterb. der Physiol. Bd. II. S. 811. — v. Feuchtersleben, Lehrb. d. ärztl. Seelenkkh. § 107—122. — Griesinger,

ein solches a priori nie anders in uns entstehen kann, als durch einen Eindruck auf die Sinne, so ergibt sich schon von selbst, dass die Vorstellung aus sinnlichen Empfindungen hervorgeht. In jeder primitiven Vorstellung sind in der That Empfindungen und zwar mehrere enthalten, sie ist die Verbindung einer Mehrzahl von solchen. In dieser besonderen die Empfindungen verbindenden Thätigkeit der Centralorgane liegt das Wesen des Vorstellungsprocesses und zugleich der Unterschied desselben vom einfachen Empfindungsvorgang. Man scheidet die Vorstellungen in Anschauungsvorstellungen oder Wahrnehmungen, welche Bewusstseinsbilder direct wahrgenommener Gegenstände sind, und in Einbildungsvorstellungen, die den Bildern früher angeschauter (wahrgenommener) Objecte, bald geradezu, bald theilweise entsprechen. Dies führt sofort auf die den Centralorganen des Nervensystems eigenthümliche Fähigkeit, einmal stattgehabte Wahrnehmungen ins Bewusstsein zurückzurufen, zu reproduciren. Diese Reproduction nun bringt entweder die Vorstellung ganz so, wie sie früher stattgehabt hat, wieder: dann ist eine Erinnerung gegeben, oder sie vereinigt Bestandtheile früherer Vorstellungen zu einem nur möglichen Bilde, dann sprechen wir von Phantasievorstellung im engeren Sinne.

Die sinnliche Empfindung, welche zur Wahrnehmung führt, ist also die Quelle des Vorstellens und die Anschauung die primordiale Form der Vorstellung. Wahrnehmungen beziehen sich einmal auf das zeitliche Nacheinander der Empfindungen, sodann auf das räumliche Nebeneinander derselben. Die einzelnen Sinnesapparate tragen zur Erzeugung von Anschauungsvorstellungen in verschiedener Weise und in verschiedenem Grade bei. Während man vom Geruch und Geschmack sagen muss — dass sie kaum irgendwie deutliche Vorstellungen, sondern fast nur Empfindungen und Gefühle bei ihrer Erregung hervorbringen, sind Gesicht, Gehör und Tastapparat die Quellen sehr klarer Wahrnehmungen, bei welchen auch das die Erregung begleitende Gefühlselement bis zum Verschwinden schwach

Pathol. u. Ther. d. psych. Krankh. 2. Aufl. S. 67 ff. u. Ges. Abhandl. I. S. 127 ff. — Wunderlich, Pathol. III. 1. S. 147 ff. — Falret, Leçons etc. p. 704 ff. — Moreau, Psychol. morbid. S. 210—248. — Morel, Traité d. mal. ment. p. 333 bis 439. — Dagonet, Traité element. d. mal. ment. p. 33 ff. — H. Neumann, Lehrb. d. Psych. S. 111 ff. — Brosius, Psych. Abhandl. II. S. 84 ff. — Erlenmeyer, Seelenstörungen. S. 43. — Leidesdorf, a. a. O. S. 115 ff. — Brierre de Boismont, Des mal. ment. p. 708. — Maudsley, Physiol. u. Pathol. d. Seele etc. S. 340 ff. — Sentoux, De la surexcitation des facultés intellectuelles dans la folie. Paris. 1867.

ausfallen kann. Für die räumliche Anschauung steht in erster Instanz das Auge ein; das Ohr dagegen vermittelt vornehmlich die Wahrnehmung der zeitlichen Succession. Die Tastnerven, deren Erregung nur durch Bewegungen (der Objecte oder der empfindenden Apparate) Tastvorstellungen erzeugt, bringen Raum und Zeit zugleich zur Anschauung; denn indem die ablaufende Bewegung die Raumdurchmessung zum Bewusstsein bringt, erweckt sie zugleich die Vorstellung der inzwischen abgelaufenen Zeit. Gesichts-, Gehör- und Tastvorstellungen sind also schon, zwar nicht geradezu, aber doch im allgemeinen der Qualität nach verschiedene Vorstellungen. Complexe Vorstellungen entstehen aus der Vereinigung von mehreren Empfindungen eines oder verschiedener Sinne. So lange der Empfindungsinhalt einer Vorstellung unverändert bleibt und sich auf einen einzelnen Gegenstand bezieht, dessen Bild eben aus constanten Empfindungselementen besteht, heisst die Bewusstseinserregung Einzelvorstellung; kommt aber die Veränderlichkeit einzelner und die Constanz anderer Bestandtheile der Objecte zugleich zur Wahrnehmung, so sprechen wir von Allgemeinvorstellung. Anschauungsformen wie Zeit und Raum sind ihrem Inhalte nach überhaupt variabele Vorstellungen, welche mit den soeben erwähnten darin übereinstimmen, dass mit dem Wechsel des Vorstellungsinhaltes die Veränderlichkeit des Vorstellens selbst in ihnen bewusst wird. Hierbei spielt also, das sieht man sofort, die Reproduction eine bedeutsame Rolle; denn ein Bewusstsein des Wechsels im Vorstellen wäre ja ohne Erinnerung gar nicht möglich. Das Eingreifen der Reproduction ist auch für die Bildung complexer Vorstellungen nothwendig, schon deshalb, weil die von verschiedenen Sinnesorganen aufgenommenen Merkmale eines Objectes nicht zugleich zum Bewusstsein gelangen. Bis die complexe Vorstellung gebildet ist, müssen nothwendig die früher durch den Gegenstand angeregten Einzelvorstellungen lebendig bleiben, also fortwährend reproducirt werden und zur Beziehung der neuen Merkmale auf das Object gehört doch die Erinnerung, dass es selbst das nämliche Object ist, an welchem neben jenen auch diese vorhanden sind. Wird durch eine Anschauung sodann die complexe Vorstellung wieder erzeugt, so werden auch die nicht direct wahrgenommenen Sinneseindrücke hinzugedacht. (Der Anblick einer Wasserfläche erregt sofort die Vorstellung des Nassen etc.) Es ist aber nicht die engere Erinnerung allein, welche bei den Vorstellungsprocessen höherer Ordnung erzeugend und schaffend mitwirkt, sondern die phantastischen Vorstellungen machen sich ebenfalls geltend. Die Vorstellung Haus, Bewegung etc. enthält ja (beim

Erwachsenen) nicht allein alle angeschauten, sondern auch zugleich in der möglichen Anschauung etwa gegebenen Häuser, Bewegungen etc. Wenn nun bei den Allgemeinvorstellungen nicht alle dieselben zusammensetzenden Einzelvorstellungen in gleicher Lebhaftigkeit zum Bewusstsein gelangen, sondern nur die hervorstechenden Merkmale sich geltend machen auf Kosten der unwesentlichen und veränderlichen, so entstehen Schemata des Vorstellens. Begriffe hingegen enthalten schematisch nur diejenigen Bestandtheile der Allgemeinvorstellungen, welche wesentliche Merkmale und allen denselben unterzuordnenden Einzelvorstellungen eigenthümlich sind. Wenn für die Begriffe überhaupt das Wort, der sprachlich-schriftliche Ausdruck unentbehrlich ist, so zeichnet sich dem empirischen, aus der Anschauung abgeleiteten gegenüber der abstracte Begriff dadurch aus, dass erst das aus der Anschauung abstrahirte, nämlich die Beziehungen und Verhältnisse der Objecte zu einander in ihm enthalten sind und vorgestellt werden. Ein solches nicht mehr sinnliches Vorstellen ist aber nur in Form von Sprachzeichen möglich und so haftet denn der abstracte Begriff nur an der Sprache, ist mithin blos Besitzthum sprechender und in Sprachlauten denkender Organismen. Die Anbildung der Begriffe ist nun nicht anders möglich, als durch complicirte Vorstellungsprocesse, welche, wie aus dem Vorhergehenden sich ergibt, nach bestimmten Regeln verlaufen müssen, um zu diesen Vorstellungsformen zu führen. Dass Processe, Reihen von Vorstellungen, zur Bildung dieser Producte nothwendig sind, ist schon an sich in der Enge des Bewusstseins begründet, welches immer nur einer Vorstellung den Eintritt gestattet. Nur dieser einen Vorstellung kann sich die Aufmerksamkeit zuwenden, ähnlich wie der Blickpunkt des Auges eben nur einen Punkt zu fixiren vermag und mit vollkommenem Recht hat man die Aufmerksamkeit auch mit diesem Vorgange des deutlichen Sehens verglichen. Dem Blickpunkte entspräche geradezu beim Vorstellen die Apperception, nämlich der Eintritt einer Vorstellung mit voller Klarheit in den engen Bereich des Bewusstseins, dem Blickfelde dagegen die Perception, die noch undeutliche Richtung der Aufmerksamkeit auf andere Vorstellungen. Die Enge des Bewusstseins hat nun zur Folge, dass fortwährend ein Aufleuchten und Wiederverschwinden von Vorstellungen stattfindet, dass die Aufmerksamkeit in anhaltendem Wechsel in Bezug auf die Objecte sich befindet, dem sie zugewendet ist. Dabei ist nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern nothwendig, dass klarere oder schwächere Erinnerungsbilder des kurz vorher Vorgestellten ebensogut blitzartig schnell einmal wieder zwischen übrigen Vor-

stellungselementen in den Bereich der Aufmerksamkeit zurückkehren wie — z. B. beim Sprechen oder anderen sich gesetzmässig folgenden Successionen von Vorstellungen — Phantasiebilder von demjenigen auftauchen, was demnächst in die Bewusstseinsenge eintreten wird. Bei nur einigermassen ausgebildetem Vorstellen ist es nun die Regel, dass die zeitliche Succession der Vorstellungen einmal von dem Inhalte der jeweilig im Bewusstsein vorhandenen beherrscht wird, d. h. die eine Vorstellung zieht eine ihr ähnliche nach sich und lässt sofort diese im Bereich der Aufmerksamkeit appercipirt werden. Bei höher ausgebildetem Vorstellungsvermögen, d. h. wenn schon häufiger psychische Processe jener Art sich abgespielt haben, kommt noch eine zweite Form der Succession zu Stande, indem sich an eine Vorstellung diejenigen anschliessen und wieder ins Bewusstsein treten, welche schon einmal oder öfter mit ihr verbunden gewesen sind (associative Gewöhnung). In beiden Formen der gesetzmässigen Verknüpfung von Vorstellungen (Associationsgesetze) ist also die Reproduction das wesentliche. Wiedererkennen, das auf diesem beruhende Erkennen, Begriffsbildung, Schluss und Urtheil, welche wir als Denkprocesse bezeichnen, sie alle gehen von der associativen Reproduction der Vorstellungen aus und leiden allemal Noth, wenn diese nicht mehr gesetzmässig erfolgt, wie in der Verwirrung, Zerstreutheit, im Irrthum und bei den psychischen Störungen. Schon innerhalb des gesunden Lebens bemerken wir leichte Störungen des Vorstellungsverlaufes, indem bisweilen sich die Association steigert, und durch eine Vorstellung eine Masse anderer in den Bereich der Perception gerufen werden, diesem sozusagen zuströmen, oder umgekehrt das Kommen der Vorstellungen, wie es den Associationsgesetzen entspricht, erschwert ist. Ganz gewöhnlich sind hier Gefühle im Spiele, welche, wie wir früher besprochen haben, mächtige Einflüsse in der einen oder der anderen Richtung auszuüben vermögen. Lust regt gewöhnlich den Vorstellungsverlauf an, nicht immer zu Gunsten der (logischen) gesetzmässigen Verbindung derselben, Unlust erschwert in der Regel die in Rede stehenden Processe. Bis zu einem gewissen Grade vermag nun weiterhin der Wille — getrieben durch Gefühle, und seien es auch anticipirte — in den Vorstellungsverlauf einzugreifen und ihm bestimmte Richtung zu geben (willkürliche Aufmerksamkeit). Man lenkt dann seine Gedanken ab, wie man sagt, man unterdrückt die übermässig zuströmenden und ruft die träge sich associirenden Vorstellungen mit Gewalt hervor. Diese Fähigkeiten, dem einen reichlicher, dem anderen in geringerem Maasse gegeben, bei den verschiedenen Menschen verschieden ausgebildet und ihrerseits wieder

von den Gefühlen (Interesse) abhängig, sind aber nicht ins Unbegrenzte wirksam. Denn es gibt Zustände, welche diese „Freiheit" aufheben und einen Zwang auf den Vorstellungsverlauf ausüben. Dieser Zwang kann einseitige Steigerung oder Hemmung der Association herbeiführen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen, welche für die nun zu betrachtenden Anomalien der genannten Arten von Vorstellungen genügen mögen, hätten wir zunächst zu handeln von den

Anomalien der Anschauung.[1])

Steigerung der Anschauungsthätigkeit. (Hyperaphe, Hyperaphia.)

§ 60. Für die folgenden Betrachtungen ist immer im Auge zu behalten, dass beim Erwachsenen ausnahmslos (beim Kinde jedenfalls schon sehr frühzeitig) die anschauende Thätigkeit associative Vorstellungsprocesse (Reproductionen) in sich schliesst (§ 59).

Im normalen Zustande bleiben eine Summe äusserer Sinnesreize stumm, sie führen keine Wahrnehmungen herbei, d. h. die betreffenden Sinneserregungen werden nicht zu Anschauungsvorstellungen verarbeitet. Die Enge des Bewusstseins gestattet immer nur einer Vorstellung den Eintritt, ebenso nur einem Gefühle Daraus ergibt sich schon, dass Sinnesreize, welche ankommen während des Vorhandenseins einer Vorstellung etc. im Blickpunkte des Bewusstseins höchstens etwas später zu Wahrnehmungen führen können, indem rasch die vorhandene Vorstellung der aus Empfindungen entstehenden neuen weichen muss. Wenn Vorstellungsketten im Bewusstsein sich folgen, wird inzwischen von der Aussenwelt ungleich mehr vernachlässigt und bleibt als Wahrnehmung gänzlich verloren, vorausgesetzt, dass nicht wenigstens vorübergehend die Aufmerksamkeit von der Vorstellungsreihe einmal auf diesen oder jenen Sinneseindruck, wenn

1) Literatur: Reil, Fieberlehre. Bd. IV. S. 324. — Crichton, Untersuch. üb. Nat. u. Urspr. d. Geisteszerrüttung. Deutsch v. Hoffbauer. 1810. Bd. II. S. 120 bis 180. — Haindorf, Vers. einer Pathol. u. Ther. d. Geistes- u. Gemüthskranken. Heidelberg. 1811. S. 322. — K. G. Neumann, Krankh. d. Vorstellungsvermögens. II. Cap. XV. — Esquirol, Die Geisteskrankh. Deutsch v. Bernhard. I. S. 7, 12 ff. — Purkinje, in Wagner's Handwörterb. d. Physiol. III. 2. Abth. S. 419 ff. — v. Feuchtersleben, Lehrb. d. ärztl. Seelenkrankh. S. 251. — Wunderlich, Pathol. u. Ther. 2. Aufl. III. 1. S. 176 ff. u. 288. — Griesinger, Pathol. u. Ther. d. psych. Krankh. II. Aufl. S. 83, 215, 251. — H. Neumann, Lehrb. d. Psych. 1859. § 159 ff., 176 ff. — v. Krafft-Ebing, Transitorische Störungen d. Selbstbewusstseins. Erlangen. 1868.

auch sehr flüchtig, übergesprungen war. Geschieht aber das letztere doch häufiger, so kommt es zur Zerstreuung, jenem lästigen Zustande, welcher beim gesunden Erwachsenen besonders durch sehr starke, sich wiederholende Sinnesreize herbeigeführt wird, bei Kindern aber normal ist, weil bei ihnen die Vorstellungsreihen noch sehr kurz und locker sind. In Krankheiten bemerkt man nun bisweilen, dass auch leise Sinnesreize schon das Bewusstsein erregen und dass die Ueberführung der Empfindungen in Vorstellungen erleichtert, der Patient fortwährend „durch die Sinneswelt in Anspruch genommen ist". (H. Neumann nennt diesen Process „Hypermetamorphose".) Da die Objecte der Umgebung mannigfaltig und veränderlich sind, kommt es zu einem fortwährenden Hin- und Herschwanken der Aufmerksamkeit, zu einem desultorischen Zustande des Bewusstseins, der nothwendig zu einer Art Ideenflucht (siehe unten) führen muss. Dabei kann das Sensorium im Uebrigen, wie man sagt, frei sein, oft genug aber besteht zugleich Delirium.

Ich habe die Störung einmal bei einem sehr erethischen Knaben während des Scharlachs gesehen, nachdem doppelseitige Myringitis mit Perforation des Trommelfells aufgetreten war; hier war sie das einzige Zeichen von Hirnreizung. Der kleine Patient gab Tage lang alles an, was um ihn und an ihm Sichtbares und Fühlbares geschah, alle Wahrnehmungen mit Ausnahme derjenigen des Gehörs (er war beinahe taub) signalisirte er mit Genauigkeit, und zwar ohne jede merkliche Gefühlserregung (Interesse, Empfindlichkeit). Ausserdem ist die fragliche Anomalie bei Tobsüchtigen nicht selten. Erleichterte Apperception der Aussenwelt, wird von v. Krafft-Ebing[1]), Steigerung der Aufmerksamkeit, Wahrnehmung der geringfügigsten Eindrücke von Brosius[2]) als charakteristisch für diesen krankhaften Process hervorgehoben.

Beispiel: Nymphomanie, Hysterie, Tuberculosis pulm.; — leichte Atrophie der vorderen Hirnlappen. Louise H., 27 Jahre alt, Dienstmädchen aus A., wurde den 16. Febr. 1869 in die Irrenanstalt aufgenommen. Am 2. Tage Suffocationserscheinungen bei lautem inspiratorischen Stridor und tiefer rauher Stimme. Bei der keine Anomalie constatirenden laryngoskopischen Untersuchung verschwinden alle Erscheinungen, kehren aber nachher sofort wieder. Am Nachmittag nehmen Athemnoth und Inspirationsgeräusch zu, Cyanose, leichte Nackenstarre. Die Kranke liegt horizontal mit gestreckten Gliedern zu Bett und schwatzt fortwährend mit Flüsterstimme vor sich hin: „mein linkes

1) Gerichtl. Psychopathol. Stuttgart. 1875. S. 103.
2) Psychiatr. Abhandl. Neuwied. 1863. S. 98.

Zeigefingerchen[1]) schreibt (zuckt) jetzt ein bischen, jetzt ist es wieder still, aber es wird jetzt ein bischen frisch (kühl) und nun ein bischen nebelig (um die Augen), jetzt ist es wieder hell, nun wird es wieder warm, mein linkes Zehchen zuckt ein bischen, auch mein rechtes Füsschen arbeitet (zuckt) ein bischen, jetzt ist es wieder still, jetzt klopft auch mein Herz ein bischen und mein Finger schreibt wieder" etc. Bei genauer Betrachtung der Theile konnte man ganz kleine kurze Zuckungen der von der Kranken bezeichneten Gliedmassen jedesmal constatiren. Der Zustand dauerte mehrere Stunden und es war während dieser langen Beobachtungszeit möglich, wenigstens hinsichtlich der geäusserten Bewegungsanschauungen, festzustellen, dass keine Illusionen bezw. Hallucinationen mitspielten. Von irgend welchem Interesse an diesen Vorgängen, namentlich ob dieselben ihr lästig waren, wurde gar nichts bemerkt. Auf Anreden gab sie richtige Antworten, setzte aber zwischen denselben ihr die Wahrnehmungen beschreibendes Geschwätz unablässig fort.

Einseitige Verschärfungen der Apperception von Eindrücken können physiologisch wie pathologisch durch Uebung erworben werden. Man kann ja sehen lernen, hören lernen, Tastvorstellungen bilden lernen (es wächst bei einer Tastexploration mit 2 Zirkelspitzen regelmässig die Fähigkeit der Wahrnehmung) Schwerhörige und Taube lernen in staunenerregender Vollkommenheit „am Munde ablesen", Blinde ersetzen ihren Defect durch Verfeinerung der Anschauungsthätigkeit im Bereiche des Tastapparates. Die Uebung wird hier offenbar von dem mächtigen Motor der Gefühle betrieben. Gefühle sind es auch, welche bei Hysterischen und Hypochondern die manchmal von Illusionen vollkommen freien Verschärfungen der Anschauung herbeiführen. Es gehört hierher das bekannte Beispiel einer Frau, welche die Stimme ihres Gemahls aus einem Strassenlärm heraushörte.

Herabsetzung der Anschauungsthätigkeit. (Anaphe, Anaphia.)

§ 61. Wie die Verarbeitung sinnlicher Eindrücke zu Wahrnehmungen gesteigert sein kann, so ist sie anderseits eingeschränkt bis zur totalen Aufhebung der Anschauungsvorgänge. Selbstverständlich muss eine jede Läsion von Apparaten, die Sinnesreize aufnehmen, leiten oder percipiren, je nach dem Grade, den sie erreicht, aus anatomischen Gründen eine derartige Einschränkung mit sich bringen. Physiologische Einflüsse vermögen schon beim Gesunden mehr oder weniger hochgradige psychische Anästhesie und mit dieser noth-

1) Von Sprechen in Diminutivform bei psychisch Gestörten berichtet Kahlbaum, Katatonie. S. 45.

wendigerweise mangelhafte Bildung von Anschauungen herbeizuführen: vor allem die Gefühlserregung, überhaupt Schmerz jeder Art, auch Lustzustände, die Erregung intellectueller Gefühle (Affecte) und Gemüthsbewegungen, nicht minder die von lebhaften Gefühlen (Interesse) betriebene intensive Action des Vorstellens beim „Vertieftsein“ in geistige Arbeit, während welcher die Sinnesapparate wie verschlossen erscheinen können, trotzdem vielleicht die Umgebung sehr bewegt ist und lärmt. Auch die Ermüdung, der Zustand zwischen Wachen und Einschlafen wirken, indem sie Abblassen der Sinnesempfindungen und Trägheit des Vorstellens mit sich bringen, einschränkend auf das Zustandekommen von Anschauungen. Im Schlafe selbst werden Anschauungen so gut wie gar nicht gebildet. (Was aus den Empfindungen im Schlafe wird, gehört auf das Gebiet der Phantasie-Vorstellungen.) Pathologisch kommt eine unvollständige Bildung von Anschauungsvorstellungen bei verschiedenen krankhaften Processen und Zuständen zur Beobachtung. Zunächst sind natürlich diejenigen hier zu nennen, welche die Centralorgane der Sinnesempfindungen lädiren oder lähmen, also centrale bezw. psychische Anästhesie herbeiführen (§ 42). Im Fieber, beim Alkoholrausch, bei narkotischen Vergiftungen überhaupt (Anaesthetica!) verräth sich die fragliche Störung häufig, (wiewohl hinsichtlich des Chloroforms nicht zu vergessen ist, dass es hier und da nur Analgesie bei erhaltener Empfindung herbeiführt). Bei diesen Processen kommt es zur Abblassung und Verdumpfung der Empfindungen (Umnebelung, Hören wie aus der Ferne) und die Vorstellungen, welche aus denselben entstehen, werden lückenhaft incomplet, bis sie schliesslich ganz ausbleiben. Wie unter solchen Bedingungen noch andere Vorstellungsprocesse z. B. Delirien möglich sind (bei mangelhafter Aufnahme und Verarbeitung von Sinneseindrücken), so bemerkt man auch im Sopor und leichten Coma z. B. bei Hirnanämie, venöser Stauung, Urämie u. s. w. neben Einschränkung bezw. Aufhebung der Wahrnehmungen eventuell lebhaften Ablauf von Phantasievorstellungen. Auch in der Agonie kommt etwas Aehnliches vor: die Verarbeitung sinnlicher Eindrücke kann erloschen sein, ehe noch sozusagen das Centralorgan ganz abgestorben ist. Im „pathologischen Affect“ (v. Krafft-Ebing) ist die Apperception vermindert, während zugleich lebhafter innerer Vorstellungsverlauf im Gange ist. — „Ich sehe, ich höre, ich fühle, aber ich bin nicht mehr wie sonst, ich fasse die Gegenstände nicht auf, sie identificiren sich nicht mit meinem Wesen“, so sprechen, wie schon Esquirol hervorgehoben hat, viele Melancholiker; anderen Kranken ist es, als ob die umgebende Welt eine Scheinwelt sei,

die Personen erscheinen als Figuren, Automaten, Puppen, die sonstigen Gegenstände als Atrappen, alles Aeussere hat sich überhaupt verändert. Die Einschränkung der Apperception äusserer Eindrücke erreicht ihren höchsten Grad in der Melancholie mit Stumpfsinn, bei welcher die Aussenwelt für den Kranken schliesslich gar nicht mehr existirt. Auch in den Zuständen der Ekstase beobachtet man eine meist ziemlich hochgradige Einschränkung des Wahrnehmens und es liegt auf der Hand, dass die heftigen Gefühle, welche den Kranken bewegen, dieses Stummbleiben äusserer Reize begründen. Bei tiefer greifenden Ernährungsstörungen, welche sich in psychischen Schwächezuständen kundgeben, ist, je weiter vorgeschritten sie sind, die Einschränkung der Wahrnehmungen desto häufiger und auffallender: so bei Verrücktheit, den verschiedenen Graden des Schwachsinnes, bei Verwirrtheit und stets bei Blödsinn.

Beispiel: N. N., 16 Jahre alt, Landwirthstochter, wurde im Juli 1872 in die med. Klinik gebracht, weil sie seit einiger Zeit Symptome einer schweren Nervenkrankheit gezeigt hatte, in einem Zustande völlig stupider Apathie verfallen war, der wegen absoluter Nahrungsabstinenz und Unreinlichkeit Besorgniss erregte. Die Kranke war abgemagert, blass, stierte träumerisch wie erstaunt ins Weite und blieb absolut reactionslos auf jeden äusseren Eindruck. So blieb es die nächsten Tage, während welcher die genaue Beobachtung ergab, dass kein Fieber bestand und keinerlei palpabele Störung an den vegetativen Organen vorhanden war (abgesehen von Koprostase). Wo die Kranke hingestellt wurde, blieb sie ruhig, selbst vor grösserem Publicum (Klinik) stehen, sie rührte kein Essen an, musste gefüttert werden, sie liess unter sich gehen und gab kein Zeichen der geschehenen Verunreinigung zu erkennen. Als zufällig in unmittelbarer Nähe des Spitals bei Nacht eine Feuersbrunst entstand, die grosse Aufregung unter allen Insassen hervorbrachte, blieb die Kranke complet unverändert. Dennoch fehlte der unauslöschliche leere Ausdruck des Blödsinns im Gesicht, einige Male hatte man auch ein leises Stöhnen des Mädchens gehört, und einmal hatte sie auch versucht, aufzustehen. Sonach wurde die Diagnose auf Mel. mit Stupor gestellt und die Kranke der Irrenanstalt übergeben. Etwas später erst erfuhr ich von dem Bruder der Kranken, es habe sich herausgestellt, dass Burschen das Mädchen kurz vor ihrer Erkrankung bei der Rückkehr von einem Tanze im Nachbardorfe überfallen und sie stuprirt hatten. (Eigene Beobachtung.)

Anomalien der Einbildung.

§ 62. Wie erwähnt, zerfallen die Einbildungsvorstellungen in solche der Erinnerung und solche der Phantasie; beide Vorstellungsarten beruhen auf Reproduction von Bewusstseinsinhalt überhaupt.

Alle psychischen „Gebilde" sind der Reproduction fähig: Empfindungen, Gefühle, einfache wie zusammengesetzte Vorstellungen. Empfindungen und Gefühle werden aber bei der Reproduction in der Regel als solche nicht wieder erzeugt, sondern es erscheinen nur die Vorstellungen von den früher dagewesenen Zuständen des Bewusstseins, welche die Empfindung, das Gefühl herbeiführte, wieder.

Reproduction, Wiederkehr einmal dagewesener Erregungsvorgänge ist im Bereiche der Nervenapparate überhaupt etwas sehr gewöhnliches: „die Nervensubstanz bewahrt treu die Erinnerung der oft geübten Verrichtungen" (Hering). Man spricht deshalb von einem Gedächtniss der Sinne (§ 78), der coordinatorischen Apparate, man fasst in diesen Rahmen die angeborenen Instincte. Pathologischerseits liesse sich ausser vielen anderen noch das Fortbestehen von periodischen Beschwerden nach der Entfernung eines Bandwurms hierher ziehen, ebenso auf die wiederkehrenden Molimina nach der bereits eingetretenen Menopause und das bekannte Integritätsgefühl der Amputirten aufmerksam machen. Im Bereiche der Bewusstseinsorgane ist die Reproduction das wichtigste Glied der verschlungenen Kette von Einzelfunctionen; schon die Anschauung ist frühzeitig im Seelenleben des Kindes, beim Erwachsenen stets durch die Reproduction beeinflusst.

Der Reproductionsvorgang ist seinem Wesen nach völlig dunkel. Was aus einer Vorstellung wird, wenn sie aus dem Blickpunkte des Bewusstseins verschwindet, um „im Gedächtniss aufbewahrt" zu werden, können wir nicht angeben. Wir wissen nur, dass die einfachen Erinnerungsbilder blasser als die adäquaten Anschauungen ausfallen. Erscheinen sie fast so lebhaft wieder, dann ist die Unterscheidung vom Phantasma schwierig, ja unmöglich (s. unten). Das Gedächtniss bewahrt ausser diesen „Bildern" weiterhin Vorstellungen höherer Ordnung, Allgemeinvorstellungen, Begriffe, Urtheile, Principien etc., welche Producte weitläufigerer Vorstellungsprocesse selbst sind. Das ganze Wissen ist in erster Instanz Erinnerungsmaterial, Wiedererkennen, jedwedes Erkennen überhaupt setzt Reproduction voraus. Die Aufnahme von Vorstellungen — wie sie auch heissen mögen — ins Gedächtniss ist schon durch den ersten Eintritt derselben ins Bewusstsein in beschränktem Maasse garantirt, die Befestigung derselben und ihre Reproducirbarkeit wird mit jedem abermaligen Eintreten der betreffenden Vorstellungen sowohl von aussen her (wiederholte Anschauung) als auch vom Gedächtniss aus (wiederholte Reproduction) gesichert. Dies gilt ja selbst von erkannten Irrthümern, sie vermögen sich „festzusetzen". Die Reproduction ist mechanisch

und erscheint in Gestalt des Einfalls, wenn Empfindungen und Anschauungen die adäquaten Erinnerungsbilder wecken: mit der Empfindung (z. B. einem Geruche) oder der Anschauung, ist sofort die analoge frühere Bewusstseins-Erregung reproducirt. Zweitens wirken Gefühle mächtig bei der Aufnahme von Vorstellungen ins Gedächtniss mit: je lebhafter das betonende Gefühlselement, desto sicherer wird die Vorstellung aufbewahrt, desto leichter kehrt sie wieder; Interessantes, Unangenehmes wird leichter behalten, als Gleichgültiges. Drittens greift der Wille ein, um Vorstellungen im Gedächtniss zu fixiren, aber dabei sind Gefühle im Spiele: wenn ich mir vornehme, etwas zu merken, so anticipire ich schon die Unlust des etwaigen Vergessenhabens bezw. die Lust, welche das Behaltenhaben machen wird. Wie der Wille in dieser Weise die Deposition der Vorstellungen fördert, so kann er auch durch das sogenannte — stets mit schwächerem oder stärkerem Unlustgefühl (Erwartung) — verbundene Besinnen die Vorstellungen reproduciren. Gegenüber den Einfällen, die, nebenbei bemerkt, entsprechend dem gewöhnlichen Wortgebrauch auch Vorstellungen höherer Ordnung (Witze etc.) sein können, unterscheidet man wohl die willkürlich reproducirten Vorstellungen als Erinnerungen im engeren Sinne. Während wir im allgemeinen von der Anwesenheit der Gedächtnissmaterialien jenseits der Bewusstseinsschwelle keine Vorstellung haben, sondern diese nur bekommen im Momente des Einfallens, ist beim Besinnen (ausser einem sehr deutlichen Unlustgefühl der Spannung) eine schwache, aber doch sehr bestimmte Bewusstseinserregung vorhanden, dass die gesuchte Vorstellung da ist, aber jenseits jener Schwelle (im Blickfelde?) des Bewusstseins sich befindet: „das Wort schwebt auf der Zunge“ sagen wir oder ich werde „gleich darauf kommen“. Ja wir haben sogar die Vorstellung davon, dass eine schon der Schwelle nähere Erinnerung sich wieder weiter zurückzieht. Häufig benutzen wir nun die Mechanik der Association, um das Gesuchte zu finden: wir kehren z. B. an den Ort zurück, an welchem wir zuletzt die Vorstellung hatten, wiederholen auch eine Reihe von Vorstellungen, mit welchen die gesuchte irgend wie verbunden war. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass die Lösung der Unlust beim Besinnen durch den plötzlichen Einfall stets Lust macht — so unangenehm vielleicht die gesuchte Vorstellung selbst sein mag.

Anomalien der Erinnerung.[1])

§ 63. Die pathologischen Phänomene der einfachen Reproduction zerfallen in gesteigerte und verminderte Aufnahme und Wiederkehr von Gedächtnissvorstellungen.

Gesteigerte Aufnahme und erleichterte Reproduction von Erinnerungen. (Hypermnesie.)

Nur die Rückkehr einer Vorstellung aus dem Gedächtnisse weist ihre vorher stattgehabte Aufnahme in dasselbe nach. Obwohl häufige Wiederkehr, Einfluss von Gefühlen und wie erwähnt damit zusammenhängende Willensacte die Aufnahme von Gedächtnissmaterial insgesammt befördern, kann doch nur ein Bruchtheil der unaufhörlich kommenden und gehenden Vorstellungen behalten werden. Es gibt also ein normales Vergessen, welches selbst dem besten Gedächtnisse nicht fehlt. Im Ganzen genommen ist die Fähigkeit zu „merken" grösser bei jungen als bei gealterten Organismen. Kinder von einer gewissen Periode — etwa dem Eintritte in das Knabenalter — an behalten schon mechanisch (Lernen) namentlich aber unterstützt durch die starke Erreglichkeit der Gefühle (Interesse, Neugier) ganz vorzüglich, Greise entschieden schlecht, da bei ihnen die Lebendigkeit der Gefühle abgenommen hat, die Organe, welche die Gedächtnissvorstellungen vermitteln in Folge der senilen Involution leistungsschwach geworden sind. Während der Blüthejahre ist die Deposition von Gedächtnissmaterial sehr bedeutend, allein sie ist doch einseitiger

1) Literatur: Aeltere Lit. bei Plouquet Lit. med. dig. 1808. Bd. I. S. 45. Art. „Amnesia". — Haslam, Beob. üb. d. Wahnsinn. Deutsch v. Stendal 1800. S. 19 ff. — Reil, Fieberlehre. IV. § 50 u. Rhapsodieen etc. Halle. 1818. § 9. — Rush, a. a. O. S. 225. — A. Crichton, a. a. O. S. 181 ff. — Haindorf, a. a. O. § 267—277. — Friedreich, a. a. O. S. 187. — Esquirol, a. a. O. I. S. 7. — Lotze, Allg. Pathol. u. Ther. Leipzig. 1842. S. 331. — v. Feuchtersleben, a. a. O. S. 254 ff. — Domrich, Psych. Zustände. Jena. 1849. S. 90. — M. Crichton, Amer. Journ. of Insan. 1849 April (Canst. Jahresb. 1849. III. S. 23). — Bergmann, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1849. S. 657. — Falret, a. a. O. S. 74 ff. — Jessen, Psychol. Leipzig. 1855. S. 471. — Griesinger, Lehrb. 2. Aufl. S. 31 u. 62 u. Ges. Abhandl. I. S. 64 ff. — Morel, Traité etc. S. 434 u. 549. — Forbes Winslow, Obc. Diseases etc. Cap. 13—17. — Brosius, Psych.-Abhandl. I. S. 78; II. S. 94. — Pelman, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1864. S. 61 ff. — v. Krafft-Ebing, Trans. Störungen d. Selbstbewusstseins. Erlang. 1867. — Lagardelle, Le Memoire et la folie. St. Maixent. 1870. — Laycock, Lancet. 1874. 3. Jan. p. 4; 10. Jan. p. 48. — Vgl. auch § 67 u. 68.

und geschieht in ganz anderem Sinne, als beim Kinde: Erkenntnisse, mit denen sich lebhafte Gefühle verbinden — Zweckmässigkeit, Nothwendigkeit wegen Bedarfs, damit anticipirte Unlust in Bezug auf mögliches Nichtbehaltenhaben — sind in dieser Zeit des Lebens maassgebend. Dabei ist wichtig, dass am sichersten von allen Vorstellungen diejenigen Aufnahme ins Gedächtniss finden, welche von den Vehikeln der Lustgefühle eingeführt werden: das Heitere und Interessante wird immer am leichtesten aufgenommen; es ergibt sich hieraus, dass schon wegen der Verschiedenheit der Interessen im Einzelnen auch die Fähigkeit zu merken je nach der Qualität der Vorstellungen differirt, d. h. eine Vorstellung erweckt dem einen Gefühle, er behält sie, den anderen lässt sie kalt und prägt sich ihm nicht ein; endlich ist noch die Aehnlichkeit und die Unähnlichkeit eben jener inhaltliche Zusammenhang der neuen mit bereits vorhandenen Vorstellungen oder der Widerspruch mit solchen bedeutungsvoll (systematische Aufnahme von Erinnerungsmaterial, intellectuelles Behalten).

Mancherlei noch in die Breite der Gesundheit gestelltes auffälliges „Merken" rückt nahe heran an die krankhafte Fixation von Vorstellungen. Wo bei Kindern sehr frühzeitig das Gedächtniss stark ist, da besteht Verdacht, dass ihr psychisches Leben aufleuchten werde wie ein Meteor (Wunderkinder), um nach kurzem Glanze eine dauernde Nacht zu hinterlassen. Wenn fernerhin überwiegend solche Vorstellungen haften, welche von Unlustgefühlen begleitet sind, wenn, wie bei Egoisten, kleine Beleidigungen etc. tief sich einprägen („nicht vergessen werden"), dann ist eine Annäherung an das Krankhafte ebensogut vorhanden, als wenn nur heitere oder zumal das eigene Ich fördernde Dinge behalten werden u. s. w.

Wirklich pathologisch gesteigert ist die Absetzung von Erinnerungsvorstellungen bei den mässigsten Graden des Schwachsinnes. Es gibt ja Individuen, welche man als Gedächtnissmenschen bezeichnet, die ängstlich Alles sich einprägen um mit einzelnen Formeln ihr intellectuelles Leben zu fristen. Manchmal ist es, als ob solche Individuen im Bewusstsein ihrer intellectuellen Schwäche und aus Furcht, dass diese entdeckt werde (anticipirte Unlustgefühle) das Merken systematisch ausbildeten, um den höheren Defect annähernd zu compensiren. Hierher gehört wohl das Phänomen, welches Uhde als Erinnerungssucht bezeichnet hat (Corr.-Bl. f. Psych. 1855. Nr. 15). Bei höheren Graden des Schwachsinns ist die Aufnahme von Gedächtnissmaterial bisweilen — allerdings einseitig — gesteigert. Dies beweist u. A. der von Drobisch, (Emp. Psych. S. 95) beobachtete schwach-

sinnige Knabe, der nach flüchtigem Ueberlesen ihm völlig unverständlicher Schriftstücke, sofort ganze Seiten wiederholen konnte. Jene „mit Defect“ geheilten Individuen der Irrenanstalten zeigen sich nicht selten peinlich genau in der Ausführung von Geschäften in der Verwaltung kleiner ihnen anvertrauter Wirkungskreise. Selbst bei Blödsinnigen ist die Reception von Erinnerungen unter gewissen Bedingungen, nämlich wenn sie durch lebhafte Gefühle eingeführt werden, gegenüber dem sonstigen Stande ihrer psychischen Fähigkeiten noch relativ scharf: das beweisen ihre Abneigungen und Zuneigungen gegen Personen und Sachen, von welchen sie vielleicht nur einmal einen von stärkeren Gefühlen begleiteten Eindruck empfingen.

Wie sehr begleitende Gefühle das „Merken“ erleichtern, geht auch aus der Beobachtung an Hypochondern hervor, welche den Inhalt von medicinischen Schriften, Vorträgen oft wörtlich und ihre oft sehr lange, inhaltreiche Leidensgeschichte genau im Kopf behalten. Ferner ist bei Melancholikern die Aufnahme düsterer, bei Grössenwahnsinnigen diejenige von dem Selbstgefühl schmeichelnden Eindrücken ins Gedächtniss erleichtert. Der Inhalt von Hallucinationen und Illusionen, die ja bei psychischen Störungen ganz regelmässig der Stimmungsanomalie entsprechen, ja gewisse Wahnvorstellungen bestätigen, prägt sich in der Regel tief ein. Hier ist eben auch die Gefühlserregung die Hauptsache (§ 79).

Dass eine Vorstellung besonders günstige Aufnahme in das Gedächtniss gefunden habe, beweist sich nur aus der leichten Reproducirbarkeit derselben. Ein alter psychologischer Satz ist es, dass, je klarer der Eindruck war, desto grösser die Möglichkeit ist, ihn zu reproduciren. Es hängt also zum grossen Theil von der erleichterten Aufnahme auch die erleichterte W i e d e r k e h r von Gedächtnissvorstellungen ab. Jeder weiss indessen, dass es Stunden, Tage und längere Zeiten gibt, während welcher wir „aufgeräumt“ sind und selbst flüchtige und ohne deutliche Gefühlserregung aufgenommene Vorstellungen erinnern, indessen andere Male selbst das Geläufigste, das Interessanteste, trotz energischen Besinnens nicht einfallen will. Auf die Reproduction wirkt die Stimmung wesentlich mit: Heiterkeit im allgemeinen erleichtert sie, traurige Stimmung erschwert dieselbe, jedenfalls wenigstens wenn sie höhere Grade erreicht; wie aber Lustgefühle fast nur die reichlichere Erinnerung heiterer Gedächtnissvorstellungen befördern, so ruft traurige Verstimmung vorzugsweise düstere Bilder zurück, übrigens nicht selten in grosser Menge und ganz besonders leicht, so lange sie nicht erhebliche Grade angenommen hat. Da, wie erwähnt, die von Lust eingeführten Vor-

stellungen überhaupt besser erinnerlich sind und das Trübe, Schmerzliche leichter vergessen wird, ergibt sich, dass alles in allem die Heiterkeit doch mehr Effect hinsichtlich der Reproduction haben muss, als die entgegengesetzte Gemüthslage. Dies ist pathologisch insofern wichtig, als alle durch Krankheiten hervorgebrachten heiteren Verstimmungen, so lange sie mässige Intensität bewahren, die Reproduction einseitig im Sinne der Lust aber abundant steigern, die traurigen Verstimmungen aber, wo sie nicht sistirend oder doch beschränkend auf das Vorstellen überhaupt wirken, fast nur die adäquaten d. h. finsteren Vorstellungen wecken. Bei der tollen Fidelität des Maniacus fehlen fast stets trübe Erinnerungsbilder, dem Melancholiker dagegen fällt beinahe nichts anderes als Trauriges und Schreckliches ein; bei beiden kommen eben auch Dinge, welche längst vergessen waren, wieder zur Erinnerung.

Beispiel: Eine ledige Herrenhuterin, welche früher bereits einen Anfall von Melancholie durchgemacht hatte, erkrankte auf einer Erholungsreise in einem thüringischen Badeorte plötzlich mit Angstzufällen und convulsivischen Erscheinungen. Bei der Aufnahme in die Anstalt zeigte die Kranke grosse durch körperliche und psychische Anomalien Tag und Nacht unterhaltene Unruhe. Sie habe Gott und alles Heilige gelästert, sie sei körperlich zerrüttet, eine Heilung unmöglich, sie müsse sterben und habe das auch verdient. Dabei anhaltende schreckende Hallucinationen des Gehörs sowie der Tastnerven und sensibelen Bahnen, welche der Kranken in weiterem Verlaufe die Anwesenheit eines Dämons im eigenen Körper vortäuschen, der ihr im Leib, der Brust, im Kopfe herumwandernd meist längst vergessene Gräuel wiedererzählt, selten „zum Hohn“ an die angenehmsten Stunden des Lebens erinnert. Jetzt fiel der Kranken ein, dass vor Jahren schon hier und da ungehörige Gedanken in ihr aufgeblitzt wären, öfter war es damals, als ob eine fremde Macht die herzlichsten und besten Handlungen, die reinsten Gefühle trübte. Befand sie sich in einer Stimmung, die sie ganz beherrschte, wie das Zusammensein mit einer Ehrfurcht gebietenden Person, so kam sie in Versuchung, dieselbe zu beschimpfen, bei der Andacht gingen ihr allerhand ungehörige, frivole, auch obscöne Dinge durch den Kopf, ging sie mit Jemandem an einem Abhang hin oder über eine Brücke, so entstand desto heftigere Versuchung, diese Person hinabzustürzen, je grösser ihre Zuneigung zu derselben war. Alle diese Dinge seien ihr aus der Erinnerung entschwunden gewesen, jetzt aber wieder eingefallen und es sei klar, dass sie damals schon von einem Dämon besessen gewesen wäre, ohne es aber zu wissen.

Die von Gefühlen regierte, auffallend leichte Reproduction gewisser Vorstellungen führt aber bald zur weiteren Erleichterung der Reproduction die sogen. associative Uebung als wichtiges Moment

herbei. Indem diese Erinnerungen öfter wiederkehren, befestigen sie sich um so mehr und neigen auch deshalb zur wiederholten Rückkehr ins Bewusstsein. Bei alten Leuten kommt wohl hauptsächlich aus diesen Gründen jene Disponibilität der Erinnerungen aus frühester Jugend zu Stande, welche mit der Vergesslichkeit für die jüngste Vergangenheit in so schneidendem Contraste steht. — Auch der Zusammenhang einzelner Erinnerungen unter sich befördert die Reproduction derselben nach einander (die einzelnen Bestandtheile einer Melodie, eines Verses, andere Vorstellungsketten dieser Art, welche sich in continuo fest eingeprägt hatten).

Krankheiten, welche, allgemein ausgedrückt, Reizungen der Hirnrinde hervorbringen, steigern bisweilen die Reproduction einseitiger oder allgemeiner. Schon der leichte Rausch bietet hier ein gutes Paradigma. Die Reproduction ist in diesem Zustande bei dem Einen gesteigert im Sinne der Lust und Heiterkeit, bei dem Anderen — der sich mit traurigen Gedanken trägt — weckt der Alkohol trübe Erinnerungsbilder. Auch das Heterogenste wird bei der Reproduction verbunden, überraschende Combinationen kommen zum Vorschein, welche sich im nüchternen Zustande nicht schliessen. Das Gleiche gilt von den ekstatischen Zuständen überhaupt, von der Chorea magna (die Kranken sollen während der Anfälle sogar beinahe vergessene fremde Sprachen geläufig reden), von manchen Formen der Tobsucht (wo die Worte dem Gleichklang nach sich aneinanderreihen bezw. Reime producirt werden). Auch der Lyssa humana müssen wir hier gedenken. Nièpce erzählt von einem, der Sprache sehr wenig mächtigen, erinnerungsschwachen Idioten, der, hydrophobisch geworden, mit auffallender Geläufigkeit über Dinge sprach, die Jahre vorher geschehen waren. Oefter hat man beobachtet, dass diese Patienten sehr genau und klar ihre Krankheitsgeschichte und noch weiter zurückliegende Ereignisse zu berichten im Stande sind. Forbes Winslow erwähnt einen Gelbfieberkranken, welcher — zwar seine Freunde nicht erkannte, aber — ganze Stellen in den verschiedensten Sprachen recitirte, mit voller Genauigkeit und fehlerlos den Theil eines Gedichtes hersagte, den er, wieder gesund geworden, nicht repetiren konnte.

§ 64. Ob eine spontane Erregung von Erinnerungen in That und Wahrheit vorkomme, ist, glaube ich, nicht zu entscheiden; wenn auch nichts gegen die Annahme einzuwenden wäre, dass die Träger von Erinnerungsvorstellungen — Zellen der Hirnrinde — schon durch physiologische Reize und noch vielmehr durch krank-

hafte zu specifischen Lebensäusserungen angeregt zu werden vermögen, so sind doch, wie aus dem Vorhergesagten hervorgeht, die Bedingungen erleichterter Reproduction sehr zahlreich vielgestaltig und oft der Controle des Bewusstseins gar nicht zugänglich. Wollte man auch geltend machen, dass dem Gesunden nicht selten allerhand Erinnerungen durch den Kopf gehen, die im geringsten nichts mit dem jeweiligen oder kurz vorher dagewesenen Bewusstseinsinhalte zu thun haben und, dass im Schlafe ebenso beim Fieber und anderen die Hirnrinde erregenden Processen neben verworrenen Phantasiegebilden auch deutliche, aber (vielleicht nur scheinbar) zusammenhanglose Erinnerungsbilder auftreten, so würde sich doch mit Recht fragen lassen, ob nicht ganz ungewöhnliche Associationen, zu welchen eine jede Störung in den Bewusstseinsvorgängen Veranlassung geben kann, hier im Spiele sind und dieses spontane Erinnern, dieses Auftreten von unverbundenen Einfällen nur vorgetäuscht werde.

Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche. (Vergesslichkeit, Amnesia.)

§ 65. Gedächtnissschwäche nennen wir die mangelhafte Aufnahme, das unvollkommene Haften von Vorstellungen im Gedächtniss. Dass ein gewisses „Nichtmerken" normal sei, wurde oben schon erwähnt: nicht Alles, was zum Bewusstsein gelangt, kann behalten werden. Begleitende Gefühle, häufige Wiederholung, der associative Zusammenhang der einzelnen Vorstellungen mit anderen helfen dieselben einprägen. In frühester Kindheit und in hohem Alter sind aber auch diese Hülfsmomente des Merkens nur relativ schwacher Wirkung fähig. Ein zu rascher Wechsel der Vorstellungen, ein überstürzter Verlauf derselben, mögen sie Anschauungen oder Einbildungen, Ideen sein, erschwert ebenfalls das Einprägen, wie wir jeden Morgen an uns erfahren können, wenn wir untersuchen, ob überhaupt etwas und wie viel von den Traumgebilden zurückgeblieben ist als Gedächtnissvorstellung. Vom Inhalte dieser psychischen Processe prägt sich gut nur dasjenige ein, was einen gewissen inneren Zusammenhang (Association) hatte. Dass begleitende Gefühle in Bezug auf die Deposition von Traumvorstellungen lange nicht so viel Einfluss haben, wie auf die Einprägung im wachen Zustande, geht daraus hervor, dass wir nicht ganz selten nur noch von geträumten Zuständen unsäglichen Wehes oder von grosser Lust wissen, aber das Object derselben vergessen haben. Während des (noch normalen) Halbschlafes, bei ungewöhnlichen Schlafzuständen, während heftiger Gemüthsbewegungen, bei angestrengtem Denken wie bei geistiger Er-

müdung prägen sich die äusseren Eindrücke, da sie gar nicht oder nur schwach appercipirt werden, dem entsprechend sehr unvollkommen oder überhaupt nicht ein, dennoch können in solchen Zuständen sehr complicirte psychische Processe, welche Ineinandergreifen dunkeler Gefühle, Vorstellungen und Willensimpulse voraussetzen, bei den Betroffenen vor sich gehen, aber sie lassen keinen Eindruck im Gedächtniss zurück. Bekannt sind Beispiele von Aerzten, die im somnambulen Zustande Recepte schrieben und Verordnungen gaben, von Schülern, die ihre Arbeiten machten u. s. w.[1])

Bei allen transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins überhaupt ist in Folge der unvollständigen bezw. aufgehobenen Apperception der Aussenwelt wie des Verlaufes der — sit venia verbo — inneren psychischen Processe im betroffenen Individuum selbst die Aufnahme von Gedächtnissvorstellungen beschränkt, oder sie bleibt gänzlich aus, daher dann relative, meistens complete Amnesie zu den diagnostischen Kriterien dieser Psychosen gehört. So ist es bei Intoxicationen (Alkohol, Narcotica), beim Fieberdelirium, epileptischer Manie, hysterischem und neuralgischem Delirium, den psychischen Störungen während des Geburtsactes, im pathologischen Affecte und bei den transitorischen Psychosen. In allen diesen Zuständen können die auffälligsten Ereignisse ohne Eindruck auf das Gedächtniss der Kranken bleiben, ja sogar inhaltschwere Handlungen, welche sie selbst vollführten, hinterlassen nur verworrene oder gar keine Spuren von Erinnerung bei ihnen (selbst die Handlungen des Selbstmordversuches nicht. Moreau).

Wie bei diesen Störungen des Selbstbewusstseins, welche noch gewisse, den psychischen (bewussten) Lebensäusserungen analoge Hirnverrichtungen zulassen, die Aufnahme von Erinnerungen höchst incomplet oder gänzlich gesperrt ist, so bleibt dieselbe vollkommen aus in Zuständen totaler Bewusstlosigkeit: im Koma excessiven Fiebers, tiefgreifender Hirnaffectionen, schwerer Vergiftungen finden keine Anschauungen statt und es besteht, im Fall das Bewusstsein wiederkehrt, complete Amnesie für das, was während der Lipopsychie um und mit dem Kranken selber vorging.

Gedächtnissschwäche spielt in der Symptomatologie chronischer constitutioneller Affectionen und Nervenkrankheiten, welche das Grosshirn in Mitleidenschaft ziehen, eine wichtige Rolle. Bei Chlo-

1) Dieses Phänomen ist wahrscheinlich die Wurzel des Volksglaubens an die „Heinzelmänner". — Eine Anzahl derartiger Fälle finden sich zusammengestellt in Jessen's Psychologie. II. Theil. 3. Cap. II. Wir begnügen uns mit dem Hinweise auf diese Sammlung.

rotischen ist sie als bedeutsames Element in dem charakteristischen psychischen Torpor enthalten, ebenso bemerkt man die Störung bei Diabetes, Morbus Adissonii und den leichteren Graden der Urämie. Bei Epileptikern haften mit der Zeit neue Vorstellungen immer weniger (obwohl die Reproduction der aus frühern Lebensperioden stammenden noch relativ vollkommen ist), manche Hysterische (Crichton, Ammann) bieten die gleiche Erscheinung und Choreakranke merken oft deutlich schlecht. Erschöpfungszustände des Nervensystems, insbesondere die durch sexuellen Abusus herbeigeführten bringen das Symptom der Gedächtnissschwäche mit sich, welches den destruirenden Krankheitsprocessen des Gehirnes insgesammt ebenso eigenthümlich ist, wie den angeborenen bezw. erworbenen und stabil gewordenen pathologischen Zuständen der Centralorgane der psychischen Verrichtungen, welche zu Blödsinn führen. Pelman sagt richtig: „Diese Art von Kranken kann nichts mehr vergessen, weil sie überhaupt nichts mehr ins Gedächtniss aufnimmt . . . Das eben Gehörte, Geschehene, Erfahrene, entschwindet fast augenblicklich und mit der zunehmenden Geistesschwäche erlischt die Erinnerung an die Vergangenheit mehr und mehr."

Bei psychischen Störungen im engeren Sinne ist die Aufnahme neuen Gedächtnissmaterials bisweilen unvollkommen, ja fast gänzlich aufgehoben. Während manche Kranke hinterdrein sehr wohl die ganze über ihre Störung hingegangene Zeit, ja selbst kleine Einzelnheiten aus derselben erinnern, wird bei anderen die Periode des Krankseins durch keinerlei Gedächtnissmaterial repräsentirt, sie ist wie herausgeschnitten aus dem Gedächtnisse. So kann es kommen, dass die Patienten selbst nach Jahrzehnten noch in dem Alter sich zu befinden wähnen, in welchem sie erkrankten und nicht begreifen können, dass ihre Kinder, welche sie als kleine verlassen hatten, verheirathet sind etc. (Derartige Beispiele referiren Friedreich, Pelman u. A.)

Einige Beispiele für die besprochene Anomalie sind folgende:

1. D. . . . s, Einjährigfreiwilliger, zu Alkoholexcessen geneigt, hatte an einem sehr streng kalten Wintertage die Wache zu stehen. An Zahnschmerzen leidend nahm er vor dem Aufziehen ein Glas starken Grog, trank auch noch während des Stehens öfter von dem mitgenommenen Branntwein. Als die Ablösung kommt, wird er gegen diese widersetzlich, gesticulirt, setzt sich mit seiner Waffe zur Wehre mit den Worten: man habe ihm nichts zu sagen. Zunächst in Arrest gebracht, weiss er nach einigen Stunden Schlafes nichts von dem ganzen Ereigniss, erinnert sich nur noch seiner Zahnschmerzen und des Gebrauchs der Alkoholica gegen diese. In der Irrenanstalt, wo

er zur Beobachtung einige Zeit verweilte, zeigte er durchaus normales Verhalten. Es wurde transitorische Geistesstörung in Folge von Schmerz, Alkoholrausch und Kälte angenommen. (Eigene Beobachtung.)

2. Ein 10jähriges Mädchen, welches von der Mutter her neuropathisch disponirt war, bekam im Februar 1875 heftigen Schnupfen mit Larynxkatarrh. Dabei Fieberbewegungen zwischen 38,0 und 39,0. Am 3. Tage verschwindet das Fieber. Denselben Abend, nachdem noch, wie bisher, Kochsalzlösung inhalirt worden war, tritt plötzlich heftige Angst unmittelbar nach einem Schluck Wasser ein, sie jammert laut, sie sei vergiftet, die Mutter, an deren Hals sich das Kind krampfhaft anklammert, solle nicht widersprechen, es sei ganz sicher, dass sie Gift bekommen habe, weil es so stark im Halse brenne, man solle doch schnell ein Mittel bringen, sonst müsse sie noch die Nacht sterben. Man gibt ihr Milch mit der Versicherung, das sei das beste Gegengift, sie trinkt dieselbe heftig, beruhigt sich und schläft bald ein. Am Morgen ist keine Spur von Erinnerung an den Vorfall vorhanden. Das Kind starb im Frühling 1876 an acuter Piatuberkulose, die ihrerseits durch längere psychische Prodromalerscheinungen eingeführt worden war. (Eigene Beobachtung.)

3. E. K., 29 Jahre alt, Schuhmachersfrau aus Würzburg, kam im März 1873 lediglich deshalb in meine Behandlung, weil sie beim Austragen der Arbeit ihres Mannes in der letzten Zeit immer häufiger die Namen der Kunden vergass. Kaum von Hause fortgegangen, kehrte sie zurück, weil sie absolut nicht wusste, wohin sie zu gehen hatte. Der Mann war über diese Vergesslichkeit sehr ärgerlich und schalt die Frau, aber trotzdem gelang ihr das Merken nach wie vor schlecht. Es bestand hochgradige Chlorose, Herzgeräusche, Venensausen, allgemeine Schwäche, Schwindel, Stuhlverstopfung. Mit jedesmaligem Eintreten der abundanten Menstrualblutung steigerten sich die Symptome. Nach einige Zeit fortgesetztem Gebrauche Blaud'scher Pillen besserten sich mit den objectiven Symptomen der Chlorose auch die psychischen Erscheinungen. Der weitere Verlauf der Sache ist mir unbekannt geblieben. (Eigene Beobachtung.)

§ 66. Erinnerungsschwäche ist die Erschwerung der Reproduction solcher Vorstellungen, welche bereits zu Gedächtnissmaterial geworden waren. Sie kann bis zur completen Erinnerungsunfähigkeit fortschreiten. Mit der Zeit kommen die Gedächtnissbestandtheile abhanden, oder sie werden doch schwerer beweglich und allemal am leichtesten diejenigen, welche sich a priori sehr schwach eingeprägt hatten oder nicht öfter „aufgefrischt“ worden waren. Hierauf beruht das Verlernen von gewissen Leistungen, das sich desto rascher entwickelt, je weniger man derselben mächtig gewesen, je seltener man sich darin geübt hat. „Man kommt heraus“ aus den Vorstellungskreisen ganzer Sprachen etc. und selbst jene zum grössten Theile von coordinatorischen Apparaten ausgeführten Verrichtungen verlernt

man mit der Zeit, zu denen das Bewusstsein eigentlich nur die (erinnerten) Bewegungsanschauungen lieferte. Dass alle diese Vorstellungen einmal leicht reproducirbar gewesen sind, wissen wir sehr wohl, die allgemeine Erinnerung ist also geblieben, diejenige der Einzelheiten des „Wie die Sache anfangen“ aber abhanden gekommen.

Aber auch temporär kann eine mehr allgemeine oder partielle Erinnerungsschwäche selbst als ganz normale Erscheinung auftreten. Gefühle, zumal solche der Unlust, welche ja die Vorstellungsthätigkeit vorzugsweise hemmen, üben hierbei eine gebieterische Macht aus. Verlegene können selbst die geläufigsten Dinge (Namen nächststehender Personen zum Zwecke des Vorstellens) nicht finden, in der Angst (Examina) will oft genau Eingeprägtes nicht einfallen. Bei den übereilten Handlungen des Affectes schweigen oft die im Gedächtniss vorhandenen guten Vorsätze, die erworbenen Principien. Lebhafter Vorstellungsverlauf, anhaltendes Denken, bei welchem immer auch Gefühle mit im Spiele sind, lässt gewohnte Beschäftigungen vergessen; eine interessante Lectüre hebt bisweilen selbst die Erinnerung an Entschlüsse auf, die nothwendig zur Ausführung kommen müssen. In einzelnen Fällen soll es soweit gekommen sein, dass „Zerstreute“ die allergeläufigste Vorstellung, welche der Mensch besitzt, nämlich den eigenen Namen, nicht erinnern konnten. (Bei Crichton, a. a. O. S. 209, mehrere Beispiele der Art.)

Der pathologischen Erinnerungsschwäche schon ganz nahe steht diejenige, welche zuweilen in den höheren Graden der Schlaftrunkenheit beobachtet wird. In diesem Zustande kann es sich ereignen, dass die Betreffenden ganz gewohnte, die alltäglichsten Situationen nicht wieder erkennen und gar nicht wissen, wo sie sich befinden. Besonders gern scheint die Störung sich einzustellen, wenn ein tiefer Schlaf nach starker Ermüdung, nach Alkoholgenuss, oder unter besonderen Verhältnissen, z. B. im Wagen, eingetreten war. Alle acuten Krankheiten, welche psychischen Torpor und Stupor mit sich bringen, führen sehr leicht die gleiche Anomalie herbei. Wie die Schlaftrunkenen kennen auch öfter Fieberkranke ihre gewohnte Umgebung, ihre Sachen, ihre Angehörigen nicht, selbst auffällige Facta aus der Vergangenheit, die allereinfachsten Dinge, vermögen sie nicht zu erinnern. In der Reconvalescenz, namentlich von länger dauernden fieberhaften Krankheiten, vergeht oft längere Zeit, bis die Genesenden wieder über ihr Gedächtnissmaterial überhaupt verfügen. Von dem, was ihnen vor der Erkrankung geläufig war, treten nach und nach erst einzelne fixe Punkte wieder hervor, der Reconvalescent kann wohl noch zweifeln, ob er diese Dinge selbst erlebt oder nur gehört

habe, bis allmählich die Erinnerungen immer klarer und vollkommener werden. Es ist aber bekannt, dass bisweilen nach Typhen, Cerebrospinalmeningitis etc. die Erinnerungsschwäche persistirt und schwere Folgen für das psychische Leben mit sich bringt.[1])

Auch nach acuter Anämie (Blutungen), stärkeren Berauschungen, nach Kopfverletzungen, kommt — neben Gedächtnissschwäche für die Ereignisse während der Attaque — öfter Insufficienz der Erinnerung ehedem geläufig gewesener Vorstellungen zur Beobachtung. Die auffälligsten Beispiele der Art bieten sich in Fällen der Kopfverletzungen.

v. Bruns[2]) hat eine Anzahl von solchen gesammelt, bei welchen die auffällige Erscheinung beobachtet wurde, dass nicht nur die Erinnerung an die Augenblicke während der Kopfverletzung und die nächstfolgende Zeit fehlte (Amnesie), sondern auch eine Erinnerungsschwäche für die der Katastrophe vorausgegangenen Ereignisse bestand, mochten dieselben auch selbst am Tage vorher erlebt worden sein. Einer hatte sogar seinen Namen, seine Verhältnisse vergessen und kannte ihm sonst wohlbekannte Menschen nicht.

Ein Postbeamter von 65 Jahren (der an einer bis jetzt noch nicht aufgeklärten bedeutenden Herzhypertrophie leidet) kommt eines Abends schlafend von einer geschäftlichen Reise zurück. Er steigt aus dem Coupé auf den Perron des hiesigen Bahnhofes, in dessen Hauptgebäude sein Bureau liegt, woselbst er also täglich sich aufhält und den wirren Verkehr der Rangirlocomotiven unter Augen hat, ja selbst die vielen Unglücksfälle, die schon an dieser Stelle vorgekommen sind, haben sich in seiner allernächsten Nähe ereignet. Nichtsdestoweniger kennt er den Ort gar nicht, weiss im Geringsten nicht, wo er ist, obwohl er weiss, dass er soeben aus dem Coupé gestiegen ist und nun einen Weg einschlagen muss. Er rennt auf den fortwährend von Locomotiven befahrenen Geleisen herum und kommt erst nach einiger Zeit — zu seinem Entsetzen zu der Erkenntniss, an welchem Orte und in welcher Gefahr er sich bis dahin befunden. (Eigene Beobachtung.)

Unter den chronischen Krankheiten, welche Erinnerungsschwäche mit sich bringen, stehen bekanntlich die grob anatomischen diffusen Störungen der Hirnrinde obenan. Die ersten Anfänge des Unvermögens geben sich bei diesen Krankheitsprocessen wie seniler Hirnatrophie, Degeneration nach Hämorrhagie, progressiver Paralyse — in Vergessen der jüngsten Vergangenheit zu erkennen. Hierbei spielt wohl die incomplete Aufnahme von Vorstellungen ins Gedächtniss

1) Schon Thucydides erwähnt als Nachkrankheit der Atheniensischen Pest bedeutende Erinnerungsschwäche: *καὶ ἠγνόησαν (οἱ ἀναστάντες) σφᾶς τε αὐτοὺς καὶ τοὺς ἐπιτηδείους.* (Thuc. II. 49. 5.)

2) Handb. der prakt. Chirurgie etc. I. Die chirurg. Krankh. u. Verletzungen d. Gehirns etc. Tüb. 1854. S. 761 ff.

die wichtigste Rolle, z. B. wenn die Kranken dieselben Handlungen wieder vornehmen, die sie kaum beendigt haben, die nämlichen Menschen kurz hintereinander wieder um ihre Namen fragen, der gleichen Person dieselben Geschichten bald zum zweiten und dritten Male erzählen u. s. w.

Später sind aber die Kranken auch nicht mehr im Stande, in früheren Zeiten aufgenommenes Vorstellungsmaterial zu reproduciren. Zunächst wird dasjenige unerinnerlich, was nie sehr fest gehaftet hat, während die geläufigsten Vorstellungen selbst in relativ grosser Zahl noch zu Gebote stehen. (So können im Zustande des Blödsinns Lehrer noch die Regeln der früher von ihnen gebrauchten Grammatik aufsagen, Ingenieure wissen oft verwendete Gleichungen auswendig, Aerzte können noch gewohnte Recepte schreiben (L. Meyer, Simon).

Sodann kommt die Fähigkeit, selbst häufig dagewesene Vorstellungen zu reproduciren, abhanden. Das, was sonst spielend „mechanisch" verrichtet wurde, die Orthographie, das Rechnen (je nach dem Grade der Ausbildung natürlich), der Gebrauch fremder Worte u. s. w., bedürfen des Besinnens, aber das Gesuchte kommt noch; bald fängt indessen der Kranke an, wirkliche Erinnerungsunfähigkeit an sich zu merken, indem einzelne sonst geläufige und für den Augenblick stets disponibel gewesene Erinnerungsvorstellungen der Art gar nicht die Bewusstseinsschwelle passiren wollen. Ganz besonders deutlich tritt diese Störung hervor, wenn Gefühle den Patienten beherrschen, Unruhe, Aengstlichkeit, schon das Bewusstsein, dass etwas auf die betreffende Leitung selbst ankommt, wirken hier gewaltig hindernd auf die Reproduction, die zu anderen Zeiten wieder besser ist, z. B. in dem Zustande psychischer Ruhe, nach einem guten Schlafe, nach einem Glase Wein, oder überhaupt zu gewissen Zeiten des „Aufgeräumtseins". Wenn die Störung fortschreitet, so merken die Kranken diese Erinnerungsschwäche nicht mehr; der Kaufmann verrechnet sich schriftlich oder im Verkehr, der Gelehrte macht Anakolute und grammatische Fehler, der Arzt kommt zu einer Operation, ohne die nöthigen Instrumente beisammen zu haben; in jedem Stande zeigt sich in verschiedener aber specifischer Weise die Schwäche, die in der Regel nicht als krankhaft, sondern als Bummelei und Nachlässigkeit aufgefasst wird, und der Kranke, hat er, wie oft der Fall, wieder vergessen, dass dergleichen bereits öfter vorgekommen ist, begreift nicht, wie er so einfache Dinge übersehen konnte. Unter solchen Umständen ist es nun nichts Auffälliges, wenn derartige Kranke begonnene, selbst dringlich nöthige

Handlungen, die sich aus einer längeren Reihe associirter Erinnerungsvorstellungen zusammensetzen, nicht mehr „fertig bringen", in Erzählungen die Pointe, in schriftlichen Arbeiten das, worauf es ankommt, vergessen, Briefe ohne Unterschrift, ohne Marke, ja ohne Adresse expediren, Bekannte nicht mehr grüssen, von zu Hause weggehen, ohne zuzuschliessen, aus dem Wirthshaus ohne zu bezahlen fortrennen, vielleicht ohne Stock, Ueberzieher und selbst ohne Hut. So gewiss diese Erinnerungsschwäche, für welche man nach einzelnen Richtungen hin schon statistische Zahlen hat, in gewissem Sinne physiologisch ist, bei Individuen, welche mit destructiven Gehirnprocessen behaftet sind, beansprucht sie einen hohen diagnostischen Werth. Denn es braucht nur weniger Erkundigungen, um festzustellen, dass diese Unterlassung eben mehrfach vorgekommen ist, welche doch aus naheliegenden Gründen beim Gesunden in der Regel, wenn einmal untergelaufen, prophylaktisch zu wirken pflegt.

Auch bei Epileptikern nimmt mit der Zeit die Erinnerung des in früheren Lebensperioden recipirten Vorstellungsmaterials ab. Wenn psychische Störungen zu einer Wandlung des Ich führen, so ist jedesmal eine partielle Erinnerungsschwäche nothwendig vorhanden. Denn die corrigirenden Vorstellungen, welche beim Gesunden stets früher oder später auftreten müssen, sobald eine fixe Idee, ein Irrthum ihn beschlichen hat, sind der Hauptsache nach doch dem Erinnerungsmaterial (Wissen) entnommen. Diese Correctur bleibt beim Geisteskranken sehr oft aus: zwangsmässig auftretende Vorstellungsprocesse wecken nicht mehr die entgegentretenden Grundsätze des Wissens und wenn an diese appellirt wird, kehren sie nur schwach ins Bewusstsein zurück, viel zu flüchtig, um die Zwangsvorstellungen zu widerlegen, die sich alsbald wieder in den Vordergrund drängen. In der Reconvalescenz aus psychischen Störungen kommt bisweilen Erinnerungsschwäche vor, die vollkommen der analogen Erscheinung nach febrilen Processen gleicht. Es ist eines der wichtigsten Zeichen vollkommener Genesung von Irresein, wenn die regelmässig mit demselben eingetretene Entfremdung der Aussenwelt, ja die Selbstentfremdung des Kranken in seinem Inneren sich völlig lösen und das geistige Leben wieder sämmtliche früheren, jetzt abgebrochen gewesenen Beziehungen anknüpft.

Die Ereignisse, welche in die Periode der Krankheit selbst fielen, sind oft — weil sie unvollständig appercipirt wurden — auch später nicht gut oder gar nicht erinnerlich. In vielen Fällen aber wissen die Kranken, wie erwähnt, sehr wohl, was während des Irreseins in ihnen und um sie vorging. Wir verdanken ja den grössten Theil

der Kenntnisse vom krankhaften Verlauf der psychischen Processe den nachträglichen Mittheilungen Genesener (vgl. Bergmann, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. V. Heft 1).

Im weiteren Sinne gehören hierher auch die Elementarstörungen, welche als amnestische Form der Aphasie, als Agraphie, Alexie, überhaupt als Asymbolien (Finkelnburg) und Asemien (Kussmaul) bekannt sind (vgl. hierüber v. Ziemssen's Handb. d. Path. u. Ther. Bd. XII. Anhang: Kussmaul, Die Störungen d. Sprache).

§ 67. Das eigenthümliche Phänomen, welches man als

Doppeltes Bewusstsein (Jessen), *alternirendes Bewusstsein* (Solbrig)[1])

bezeichnet, gehört der Hauptsache nach ebenfalls zu den Erinnerungsstörungen. Einige Beobachtungen von Dyce, Ogier Ward, Forbes Winslow, Schröder v. d. Kolk beweisen, dass für gewisse Zeitabschnitte, welche bald nur einen Tag, bald einen Monat ausmachen, die Reproduction selbst der gewöhnlichsten Vorstellungen wie abgeschnitten sein kann. Die Kranken erwachten aus dem Schlafe unter Umständen mit nervösen Erscheinungen (Zuckungen) in einem kindischen Zustande, d. h. was sie bis dahin an Kenntnissen sich angeeignet hatten, war ziemlich vollständig vergessen. Sie lernten wieder buchstabiren, schreiben, rechnen, fremde Sprachen sprechen und machten raschere oder langsamere Fortschritte in diesen Uebungen. Nach Ablauf der genannten Zeit kehrte dann — wieder mit dem Erwachen aus dem Schlafe der „alte“ Zustand zurück: alle Erinnerungen aus früheren Tagen standen ihnen wieder prompt zu Gebote, es fehlten jedoch völlig diejenigen aus dem „neuen“ kindischen Zustande. Personen, welche sie während desselben kennen gelernt hatten, kannten sie nicht, sie waren erstaunt über inzwischen eingetretene Veränderungen etc.; kehrte dann die andere Phase des

1) Englisch: Double or divided Consciousness. Zur Literatur: Dyce, Combe (Syst. of Phrenologie. p. 173 u. 225) cit. bei Forbes Winslow, On obscure diseases of the brain and disordes of the mind. Sec. edit. Lond. 1861. p. 389. — Ogier Ward, Journ. of psych. med. 1849. Juli. p. 456—461; Canst. Jahresb. 1849. Bd. III. S. 37. — Schröder v. d. Kolk, Pathol. u. Therap. d. Geisteskrankh. Deutsch von Theile. Braunschweig. 1863. S. 29. — Jessen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXII. 1864. S. 403. — Eine vielleicht hierhergehörige Beobachtung Gmelin's in Reil, Rhapsodien etc. 2. Aufl. 1818. § 9. — Ganz unsicher sind die Beobachtungen in Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXVI. 1869. S. 615.

psychischen Lebens wieder, so war einzig das erinnerlich, was während des analogen Zustandes in dem einen bezw. mehreren früheren Anfällen ins Gedächtniss war aufgenommen worden. Schröder v. d. Kolk hatte eine Zeit lang seine Kranke nur an den schlimmen Tagen besucht, sie erkannte ihn nach dem ersten Male des Sehens jedes Mal. Als er nun an einem guten Tage kam, wusste sie nicht, wer er war; ebensowenig wusste sie, was ihr fehlte, als ein inzwischen bei ihr aufgetretenes Tertianfieber einmal postponirte und der Anfall, statt — wie bisher regelmässig — auf den guten, nun gerade auf den schlimmen Tag fiel. Während des Sommers an einem solchen mit ihren Eltern aufs Land gezogen, war sie am folgenden Morgen (dem guten Tage) sehr erstaunt über die Wohnungsveränderung und wusste nicht, wie sie an den Ort gekommen war. Die Kranke von Dyce erzählte in den nächsten Paroxysmen stets dasjenige, was in den vorhergehenden mit ihr geschehen war, was sie gethan, gehört hatte. (Sie soll sogar zur Zeit eines solchen Paroxysmus geschändet worden sein und nichts davon gewusst haben bis zum nächsten Anfalle, während welches sie ihrer Mutter die Sache erzählte.) Ogier Ward's Kranke wechselte ihren Zustand 16 Monate lang, bis die Menstruation eintrat. Es alternirten Zustände der Exaltation und Depression. Sie wusste in dem einen nicht, was sie im anderen gethan hatte, was mit ihr geschehen war. Forbes Winslow erzählt von einem Packträger, der im nüchternen Zustande nicht — wieder betrunken aber sehr wohl wusste, was er im Rausche gethan hatte, z. B. wohin er ein Packet von Werth gelegt hatte, dass es ohne Adresse gewesen war, Dinge, auf die er nüchtern sich nicht besinnen konnte. Von Geisteskranken, namentlich (wiederholt) Tobsüchtigen, haben Jessen, Sander in Zellerfeld u. A. Aehnliches berichtet. Eigenen Erfahrungen nach glaube ich, dass dergleichen bei periodisch Tobsüchtigen nicht ganz selten ist.

Erinnerungstäuschungen (W. Sander).[1])

§ 68. Eine besondere Stellung in der allgemeinen Pathologie der Vorstellungsstörungen nimmt diejenige Erscheinung ein, welche man

1) W. Sander, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. III, S. 504 u. IV, S. 244. — Zur Literatur über denselben Gegenstand: v. Feuchtersleben, Lehrb. d. ärztl. Seelenkunde. S. 255. — H. Neumann, Lehrb. d. Psychiatrie. S. 111. — Jensen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXV. S. 48 ff. — Langwieser, Versuch einer Mechanik d. psych. Zustände. Wien. 1871. S. 60. — Ausserdem beziehen sich auf diesen Gegenstand die Arbeiten von Huppert, Allg. Zeitschr. f. Psych.

jetzt allgemein nach dem Vorgange W. Sander's als Erinnerungstäuschungen bezeichnet. Das Phänomen, welches v. Feuchtersleben bereits als „Phantasmen des Gedächtnisses", H. Neumann als „Empfindungsspiegelung", Jensen als „Doppelwahrnehmung" beschrieben hat, weil er meinte, es dürfte der Ausdruck einer zeitlichen Incongruenz der Wahrnehmungen in beiden Hemisphären des Gehirns sein,[1]) dieses Phänomen kommt nicht selten, häufiger jedenfalls, als man glaubt, bei Gesunden vor. Nur solche Personen, welche die Fähigkeit besitzen, auf das, was in ihnen vorgeht, zu achten, wissen von der Erscheinung. Sie besteht darin, dass eine mitten im gewöhnlichen Vorstellungsverlaufe appercipirte Situation den Eindruck erweckt, als habe man dieselbe schon einmal genau so erlebt, als seien ihre Bestandtheile, ruhende wie sich verändernde, bekannt, so bekannt sogar, dass man beinahe voraussagen könnte, wie sich die Situation verändern, was nun kommen werde. Dies letztere bleibt jedoch nur dunkele Ahnung, während des kurzen Verharrens der ersten Vorstellung, die so rasch zerfliesst, dass man doch noch von der (schwach geahnten) Veränderung selbst überrascht wird. Diese kommt freilich gleich wieder ganz bekannt vor, indess schon eine neue dunkele Vorstellung von dem alsbald Folgenden sich meldet. So geht es durch eine Reihe von Situationsbildern hindurch, bis der ganze paradoxe Bewusstseinsprocess mit einem Schlage abgeschnitten ist. Ein peinliches Gefühl der Erwartung, der Unsicherheit bei dem ganzen Processe — dem wir sozusagen nur zuschauen dürfen, allerdings mit hastig wechselnden Erwartungen — hat Sander erwähnt und ich kann es aus eigener Erfahrung bestätigen; auch mir ist, gleich Sander, deutlich erinnerlich, dass die Erscheinung in der Jugend häufiger vorkam.

Das Charakteristische der Erinnerungstäuschung ist, dass ein Complex von verschiedenen Vorstellungen ihren Inhalt bildet und dass dieser Inhalt sich fortwährend und rapide verändert. Im Momente, da sie beginnt, ist der Betroffene von dem Eindrucke überrascht, er sucht nach Vervollständigung der — wie gewöhnlich, so auch unter diesen Umständen peinlich wirkenden — Unklarheit der Erinnerung. Diese Gefühle und die begleitende Verwirrung, welche bei dem plötzlichen Afficirtwerden mit Vorstellungen herrschen,

Bd. XXVI. S. 529 u. Arch. f. Psych. III. S. 66 u. 330; Wiedemeister, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXVII. S. 711; Jensen, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 245; Eyselein, ibid. Bd. V. S. 575; A. Pick, ibid. Bd. VI. S. 568.

1) Andeutungen schon bei Wigan, Lancet March. 1844 u. Canst. Jahresber. 1844. Bd. II. S. 5.

trüben die Apperception des Beobachters, hemmen die willkürliche Association der Vorstellungen selbst und vereiteln jede Kritik des Inhaltes dieses ungewöhnlichen Bewusstseinsvorganges. Deshalb kann sehr wohl die ganze Situation mit einer früher appercipirten — mag dieselbe angeschaut, geträumt oder nur phantasirt gewesen sein — für identisch gehalten werden, weil vielleicht eben nur vereinzelte prägnante Bestandtheile beider Complexvorstellungen wenigstens Aehnlichkeit mit einander haben. Da die Bewusstseinsenge immer nur einer Vorstellung den Eintritt gestattet, ist es begreiflich, dass, sobald die Veränderung der Situation eintritt und die ganze Aufmerksamkeit des Betroffenen auf sich zieht, eine Sichtung des soeben Dagewesenen, wozu Reproduction nöthig wäre, gar nicht möglich ist. Diese Veränderung selbst bringt aber einen Eindruck, der vielleicht wieder mit einem ganz anderen im Gedächtniss vorhandenen Situationsbilde in einem oder wenigen Merkmalen übereinstimmt. Nun wird wieder nur das Correspondirende beider Complexvorstellungen appercipirt, die Differenzen in den übrigen Bestandtheilen beider Bilder werden aber bei der Schnelligkeit des Vorganges vernachlässigt. So geht es fort mit dem ideenfluchtartigen Vorstellen, indem anknüpfend an die variabeln Elemente des äusseren Eindrucks der Reihe nach einzelne Bestandtheile irgend welcher vielleicht ganz dunkeler Erinnerungsbilder wieder einmal bewusst werden. Es würde sich also — wie Sander definirt — um eine fehlerhafte Association von Gedanken oder von Vorstellungen handeln, durch welche eine Erinnerung vorgetäuscht wird, wo keine ist, d. h. keine Reihe completer zusammenhängender Einnerungsbilder, sondern nur das successive Aufleuchten einzelner an sich einander ähnlicher Glieder von früher dagewesenen Complexvorstellungen. Die dunkele Ahnung, dass die Situation sich verändern werde und in welcher Weise, mag daher kommen, dass eben mehrere Gedächtnissvorstellungen von Veränderungen, die einmal bei jenen Situationen angeschaut oder phantastisch vorgestellt wurden, näher der Bewusstseinsschwelle rücken. Hierdurch kann natürlich zunächst nur die Vorstellung einer kommenden Veränderung überhaupt erzeugt werden. Indem aber doch wohl schon das am nächsten jenen Eindrücken gleichende Element der Erinnerungsbilder sich im Blickfelde des Bewusstseins befindet, erregt es stärker die Aufmerksamkeit und wird rasch in den Blickpunkt gezogen. Die Zeit, die darüber verstreicht, dass die Vorstellung aus dem Blickfelde in den Blickpunkt rückt, genügt wohl zu der Ahnung, nicht aber zur klaren Vorausbestimmung der Veränderung.

Dass Erinnerungstäuschungen auch bei Geisteskranken (zumal epileptischen) vorkommen und bei ihnen die begleitenden Unlustgefühle sich zur wahren Angst steigern können, beweisen mehrere unzweifelhafte Fälle. Neumann beobachtete einen jungen Mann, „der während der geschlechtlichen Entwickelung in periodenweise auftretende Seelenstörung verfiel und bei seiner Aufnahme in die Irrenanstalt behauptete, er sei bereits zum zweiten Male hier, er habe die Aerzte schon gesprochen, man habe ihm dasselbe schon einmal gesagt, er habe früher dasselbe Zimmer schon bewohnt, dieselben Speisen genossen" etc. Der zweite Fall betraf eine „in Folge geschlechtlicher Erschöpfung in Epilepsie und phantastische „Ametamorphose" verfallene Dame, welche nicht nur über diese Verdoppelung häufig klagte, sondern sie auch ihrer ganzen poetischen Natur gemäss zum Ausgangspunkte verschiedener Combinationen machte. So drängte sich ihr auch, wenn sie Geschichte las, eine solche rückwärts gehende Verdoppelung auf, nach der sie glaubte, das Gelesene schon einmal erlebt zu haben und woraus sich dann weiter der Schluss ergab, sie müsse schon Jahrhunderte durchlebt und überhaupt mit dem ewigen Juden verwandt sein."[1])

Jensen berichtet die Angaben eines — ebenfalls epileptischen — Kranken: „Herr Doctor, es ist mir heut' so ganz sonderbar, wenn ich nun so steh' und seh' Sie an, dann ist mir so, als hätten Sie schon mal da gestanden, und als hätte der Wärter auch schon dagestanden, und als wär' alles schon einmal dagewesen, und als wüsst' ich, was jetzt kommen soll, und wenn ich so nachdenk', dann wird mir auf einmal so „schucherig" (schwindelig) und ich geh' zurück und dreh' mich um, und wenn es vorbei ist, ist mir so, als wär' das Ganze so lächerlich — und das ist heut' schon immer wieder so gewesen — ich weiss gar nicht, wie mir ist." — Unmittelbar nach diesen Klagen wird der schon bleich aussehende Kranke leichenblass und bekommt seinen Anfall.

1) Nur beiläufig sei in Erinnerung gebracht, dass Pythagoras, wie Ovid (Metam. XV, 160), Horatius, (Oden I, 38 in dem bekannten Gedichte an den Pythagoräer Archytas) erzählen, behauptete, er habe bereits als Euphorbos, Sohn des Panthos, einmal gelebt und sei von Menelaos tödtlich verwundet gestorben (Ilias XVII, 43). Sein Schild sei von Menelaos im Junotempel zu Argos als Geschenk aufgehängt worden. Pythagoras soll zum Beweis der Metempsychose diesen Schild haben herabnehmen lassen und auf demselben sich wirklich der Name Euphorbos gefunden haben. Sollten Erinnerungstäuschungen beim Lesen oder Hören dieser Geschichten in dem Vertreter der Lehre von der Seelenwanderung abgelaufen sein? Vgl. hierzu Lazarus, Arch. f. Psych. III. S. 504, der treffend auf die Mitwirkung der vorarbeitenden Phantasie hinweist.

Sander führt einen schwachsinnigen Epileptiker redend ein: „Wenn ich mit Jemandem gesprochen, oder etwas gesehen habe, so ist es, wie wenn es schon einmal gewesen wäre; das hast Du schon gesehen (sagt er sich selbst) oder gehört, überhaupt schon durchgemacht; z. B. ich spreche mit Jemandem von etwas aus der Zeitung, vom Kriege, vom Einzuge, das ist, wie wenn ich das schon in der Zeitung gelesen hätte einmal. Da kam mir gleich die Angst, als wie wenn ich das schon einmal in der Zeitung gelesen; dieselbe Zeitung, dieselbe Umgebung, alles schon einmal erlebt; als ob ich's in demselben Zimmer (vor einem Jahre etwa) schon einmal gelesen. Ganz genau ebenso ich lag im Bett, da kam der K. und sagte Karl, Karl Müller ist todt. Da bekam ich die Angst: Müller ist schon einmal gestorben; Herr Jesus, der kann doch nicht noch einmal sterben. Als ob ich das schon einmal erlebt, derselbe K. ich im Bette und dieselbe Antwort." Hier war der Zustand der Erinnerungstäuschungen intermittirend; namentlich zu Zeiten häufigerer Attaquen sollen Anfälle von petit mal sehr gewöhnlich gewesen sein. — A. Pick theilte soeben einen Fall mit, in welchem, wie es scheint, Erinnerungstäuschungen zu Verfolgungswahn und zur fixen Idee der Seelenwanderung führten.

Inwiefern die Erinnerungstäuschung den thatsächlichen Uebergang von den soeben betrachteten Anomalien zu denjenigen der Phantasie bilde, wird sich alsbald von selbst ergeben.

Anomalien der Phantasie.[1])

§ 69. Bestandtheile von Erinnerungsvorstellungen können zu einem neuen Bilde vereinigt ins Bewusstsein treten und so zur Phantasievorstellung werden. Dieselbe entspricht keiner früheren Wahrnehmung gerade auf (wie die reine Erinnerungsvorstellung) sondern sie fasst nur ein Bild in sich, das möglicherweise einmal zur Anschauung kommen könnte. Was man schöpferische Thätigkeit der

1) Literatur: Aelteres bei Plouquet, op. cit. Bd. II. S. 425 (Imaginatio). — Crichton, a. a. O. S. 244. — Reil, Fieberlehre. Bd. IV. § 50. — Haindorf, a. a. O. Cap. 4. — Bartels Art. „Ekstasis" im Berl. encyclop. Wörterb. d. med. Wiss. Bd. X. S. 84. — Purkinje, Art. „Einbildungskraft". ibid. S. 256. Derselbe, Art. „Wachen, Schlaf, Traum" etc. in Wagner's Handwörterb. der Physiol. Bd. III, 2. S. 412 ff. — v. Feuchtersleben, a. a. O. S. 257. — Domrich, Psych. Zustände. Jena. 1849. S. 48 ff. u. 90 ff. — Falret, Leçons clin. etc. S. 81. — Dagonet, a. a. O. S. 39. — Maudsley, a. a. O. I. Cap. V. — Ueber Phantasmen, vgl. § 71.

Phantasie zu nennen liebt, bezieht sich nicht auf den Inhalt dieses Bildes, der immer Material früherer Anschauung ist, sondern auf die Art und Weise, in welcher Erinnerungselemente von Wahrnehmungen in denselben vereinigt werden. Es ist daher selbstverständlich, dass die erste Bedingung zur Bildung einer Phantasievorstellung überhaupt das Vorhandensein von Erinnerungsmaterial ist. Als zweite muss die Reproducirbarkeit von Bestandtheilen verschiedener dem Gedächtniss gebliebener Anschauungen betrachtet werden. Endlich setzt das Zustandekommen einer Phantasievorstellung noch die nicht weiter erklärbare Fähigkeit, diese Elemente zu vereinigen, voraus. Diese Art reproductiven Vorstellens ist also ungleich mehr associativ als die einfache Erinnerung und sie beansprucht auch einen höheren psychischen Rang als die letztere. Noch weniger als der Erinnerungsvorgang ist die Thätigkeit der Phantasie von dem Denkprocesse loszulösen. Phantasievorstellungen, d. h. nur hypothetische Anschauungen sind es, welche im Jugendzustande des Menschen — des Individuum und der Gesammtheit — stets in erster Instanz, auf den höheren Culturstufen aber bei den bildenden Künsten vorzugsweise zur Verwendung kommen; und selbst beim abstracten Vorstellen weben sich in die Gedanken stets schwächere oder stärkere Phantasiebilder ein. Das Denken gewinnt durch diesen Vorgang, der es begleitet, „jenen Körper von Sinnlichkeit“, der uns befähigt, gut erzählte Begebenheiten plastisch, beinahe wie angeschaute, vorzustellen. Dieses leise „Mithallueiniren im centralen Sinnesorgane“ versetzt uns beim Lesen oder Hören von Erzählungen mitten in die Situationen und jene Zukunftsträume, denen wir bisweilen nachhängen, zeigen uns doch nur, wenn auch äusserst blass skizzirt, die eigene Person in phantastisch vorgestellter Umgebung leidend oder handelnd; hierbei können auch in der Phantasie Gefühle jeder Art anticipirt werden. Es besteht jedoch bei diesem Vorgange das nämliche Verhältniss wie bei der Erinnerung: man phantasirt ja eigentlich nur den Zustand, der durch diese Erregungen herbeigeführt werden würde, nicht aber die Gefühle wirklich selbst (§ 62). So ist denn jede Phantasievorstellung zugleich ein mit mindestens einem schwachen Scheine von Sinnlichkeit bekleidetes psychisches Product, ein blasses Bild von einem Gegenstande in Ruhe oder in Bewegung.

Sehr häufig schliessen sich die Bestandtheile der Erinnerungsvorstellungen wie von selbst zum Phantasiebilde zusammen. „Sich seinen Gedanken überlassen“ heisst zum grössten Theile nichts anderes, als der lüsternen Phantasie die Zügel schiessen lassen, welche ihr für gewöhnlich andere zumal von aussen angeregte Vorstellungen

anlegen.[1]) Bei der Dunkelheit, in der Stille der Nacht, wo solche nur sehr spärlich geliefert werden, schweift die Phantasie auch leichter ab. Immer sind hierbei Gefühle wirksam; sie treiben förmlich das phantastische Vorstellen und zwar auf bestimmteren Bahnen dahin, die je nachdem auf Trübes oder auf Erhebendes führen. Auch der Wille (aus Vorstellungen und Gefühlen entspringend) vermag die Phantasie anzuregen, so dass Bilder bewusst werden, die sich verwirklichen lassen oder überhaupt vielleicht einmal zur Anschauung gelangen könnten. Die im gewöhnlichen Leben alltägliche Anforderung „stelle Dir dieses oder das vor" enthält schon die Voraussetzung einer solchen Abhängigkeit der Phantasie vom Willen. Aber dieses phantastische Vorstellen durch den Willen hat sehr bestimmte Grenzen. Dies führt sogleich auf die Frage nach den verschiedenen Qualitäten der in Rede stehenden Vorstellungen.

Die Phantasiegebilde treten nämlich im Bewusstsein bald schwach und nur mit einem ganz matten Schein von Sinnlichkeit hervor, bald aber plastisch, haut relief, so dass sie fast die volle Deutlichkeit von Anschauungen haben. Die ersteren, die an Stärke noch entschieden hinter den einfachen Erinnerungen zurückstehen, kann man Phantasievorstellungen im engeren Sinne nennen. Sie kommen rein associativ oder willkürlich zu Stande. Die anderen aber, welche um vieles lebhafter sind als die Erinnerungsbilder, bezeichnet man als Phantasmen. Diese heften sich entweder an einen äusseren Eindruck, mit welchem sie sich — denselben verfälschend — associiren und decken oder sie sind scheinbar ganz spontan, frei von äusseren Sinnesreizen, werden aber gleich den eben genannten nach dem Gesetze der excentrischen Projection in die Umgebung verlegt; hierdurch verrathen beide Arten von Phantasmen schon ihre volle sinnliche (deshalb die Sinne täuschende) Schärfe. Die Phantasmen der einen Art, die Illusionen, können wir nur sehr unvollkommen nachahmen, d. h. wir können uns die „Illusion" machen, als ob ein äusserer Eindruck so oder so verändert erscheine; dagegen stellen sie sich sehr gern auf dem Wege der unwillkürlichen Association ein (Uebersehen von Druckfehlern etc.). Die andere Art von Phantasmen, die Hallucinationen, vermag die grosse Mehrzahl der Menschen gar nicht willkürlich zu imitiren; es sind nur Ausnahmen, wenn einzelne Individuen durch den Willen es so weit bringen, da etwas mit angeblich sinnlicher Schärfe scheinbar zu sehen oder zu hören, wo nichts ist. Ohne Zuthun des Willens freilich, also spontan, d. h. in Folge innerer Erregung Vorstellungen bildender Organe, kom-

1) vgl. hierzu Kahlbaum, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXIII. S. 42.

men diese Phantasmen, denen kein Object in der Aussenwelt entspricht, ungemein häufig vor; sie beleben bekanntlich unsere Träume. Auch im wachen Zustande sind sie wenigstens nicht ganz seltene Erscheinungen, deuten aber stets auf starke Reizung des Gehirns hin.

Entsprechend diesen einführenden Bemerkungen erscheint es gerathen, in den nun zu beginnenden Betrachtungen der anomalen Erscheinungen der Phantasie zunächst diese beiden Formen von Phantasiebildern strenger auseinander zu halten, d. h. die sehr schwachen von denen zu scheiden, welche scheinbar volle oder fast complete sinnliche Schärfe haben. Dabei behalten wir aber stets im Auge, dass ein durchgreifender Unterschied zwischen Phantasievorstellung und Phantasma nicht besteht. Beide sind Producte centraler Reizung, die im einen Falle äusserst schwache, im anderen lebhafte Bilder zum Bewusstsein bringt.

Ein stricter Unterschied zwischen Erinnerungs- und Phantasiebildern existirt übrigens im Grunde genommen nicht. Wundt stellt den Satz auf, dass jedes Erinnerungsbild zugleich Phantasiebild sei, da in demselben nicht nur Bestandtheile der ursprünglichen Anschauung weggelassen, sondern auch meistens solche aus mehreren Wahrnehmungen des nämlichen Gegenstandes vereinigt sind. Der Unterschied beider Arten von Reproduction ist also nur relativ. Aechte Phantasiebilder wären daher nur solche bildliche Vorstellungen, die Bestandtheile von Anschauungen mehrerer Gegenstände in sich enthalten. Aus diesem Grunde sind die oben erwähnten Erinnerungstäuschungen eigentlich besser als Phantasiebilder zu bezeichnen. v. Feuchtersleben's Benennung drückt diese Erkenntniss bereits aus: „Phantasmen des Gedächtnisses.“ Weiterhin wird auch der Unterschied zwischen einfacher und phantastischer Reproduction noch dadurch etwas verwischt, dass Phantasmen (Hallucinationen) bisweilen geradezu Erinnerungsbildern entsprechen: Es erscheinen z. B. genau bekannte Personen, Gegenstände etc. und wir werden später noch Beispiele anführen, welche beweisen, dass ein bestimmter meist heftige Gefühle erregender Eindruck das Material zum (stabilen) Phantasma abgeben kann. Allerdings ist in dieser Hinsicht wieder nicht ausser Acht zu lassen, dass auch in diesen Erinnerungsphantasmen gewisse Bestandtheile der ursprünglichen Wahrnehmung weggelassen sein und Elemente von anderen Anschauungen beigemischt sein können.

Gesteigerte Erreglichkeit der Phantasie (Hyperphantasia) und Phantasmen.

§ 70. Schon im Gebiete der Gesundheitsbreite begegnen uns nicht unerhebliche Differenzen in der Neigung, ja in der Fähigkeit, Phantasievorstellungen zu bilden. Allgemein bekannt ist ja, dass

Kindheit und Jugend in dieser Beziehung ganz besonders productiv sind. Das Gleiche gilt vom Naturmenschen (§ 32). Dem leichten Spiele der Phantasie leistet hier offenbar die noch schwache Intelligenz und eine gewisse Lebendigkeit der Gefühle Vorschub. Beim herangereiften Menschen ist das Maass des phantastischen Vorstellens individuell; hier ermöglicht es eine künstlerische Thätigkeit vielleicht in enge vorgeschriebene Bereiche, aber von höchster, vollendeter Schöpferkraft, dort ist dieses Maass so ärmlich und gering, dass es fast alles Schaffen versagt, dass so gut wie nichts producirt wird. Es bedarf keiner Erwähnung, dass die Fähigkeit ästhetischen Fühlens conditio sine qua non zur künstlerischen Thätigkeit ist.

Gefühle jeder Art üben im allgemeinen einen mächtigen Einfluss auf das phantastische Vorstellen aus. Wie sie die ruhige kritische Ueberlegung hemmen, reizen sie jenes nur um so stärker auf. Der Beglückte sieht die Zukunft im rosigen Licht, dem Traurigen wieder erscheint alles finster, oft malt er sich die schrecklichsten Situationen aus. Ist die Stimmung verflogen, so sehen beide jetzt mit nüchterner Kritik die eigene phantastische Uebertreibung ein. Ebenso erweisen sich sinnliche von körperlichen Zuständen ausgehende Gefühle als Motoren der Phantasie. Dem Hungrigen drängen sich Bilder von Speisen, dem Durstigen von erfrischenden Getränken, dem Verliebten die entsprechenden Bilder auf.

Ob Jemandem einfache Erinnerungen zur Disposition stehen, ist für den Beobachter in der Regel sehr leicht nachzuweisen; ob und wie dagegen ein Individuum phantastisch vorstellt, wird — wenn wir von den eigentlichen Phantasmen absehen — nur unter besonders günstigen Bedingungen erkenntlich. Hören wir sagen „ich denke mir das und das und so und so", dann bleibt doch das angedeutete Vorstellungsbild des anderen immerhin noch sehr dunkel; subjectiv ist es in ihm, subjectiv wiederum stellt es der Zuhörer nach der Beschreibung vor. Erst eine plastische Verkörperung, eine sehr detaillirte Beschreibung des Phantasiebildes macht es objectiv verständlich. So kommt denn auf die Art der Mittheilung hier sehr viel an. Dies ist auch der Grund, weshalb in Krankheiten oft schwierig zu erkennen ist, ob und was für Phantasiebilder ins Bewusstsein des Leidenden treten.

Man wird jedoch auf gesteigerte Production von Phantasievorstellungen schliessen dürfen bei Paralytikern im Anfangsstadium, bei manchen Tobsüchtigen leichteren Grades, im Gleichen bei einzelnen Phthisikern, welche alle das Symptom der „Projectenmacherei" erkennen lassen. Da sind Zukunftsträume vorhanden, die phan-

tastische Bilder von der eigenen Person ihren Zuständen und Lagen sowie ihrer Umgebung in den mannigfachsten Combinationen enthalten. Auch bei Nymphomanischen und Erotomanen, die fortwährend Heirathsgespräche führen oder solche und ähnliche sehr specifische Anträge machen, scheint eine mehr einseitige Steigerung der Phantasie zu bestehen. Wie beim Hypochonder die Phantasie geschäftig ist, künftige Zustände mit ihrem Leiden auszumalen, so treten bei Melancholikern, die „peinliche Erwartungsaffecte" (Spielmann) beherrschen, imaginäre Vorstellungen von Hinrichtungen, körperlichen Verletzungen durch Verfolger, von Maschinen, die gegen sie agiren, ins Bewusstsein. Bei der Pantophobie (§ 33) scheint gleichfalls mit fast jedem heftigeren oder unerwarteten Sinneseindrucke ein, wenn auch dunkles, Phantasiebild aufzublitzen. Lyssakranke[1]), selbst kindliche, sprechen bisweilen eingehend und genau von den Vorgängen bei ihrem Leichenbegängniss und führen dieses Bild wiederholt in Worten bis ins Einzelne aus. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass in allen diesen Fällen die Phantasie von verschiedenen Gefühlen getrieben wird. Dasselbe dürfte auch von den symbolischen Handlungen der Wahnsinnigen und Verrückten gelten; die Herrichtung ihres Aeusseren, Frisur, Anzug, ja Miene und Bewegung geben kund, wie in ein verkehrtes Denken sich Phantasiebilder einmischen, welche von Gefühlen erzeugt oder doch wesentlich beeinflusst werden. Nichts anderes als eine luxuriirende Phantasie bringt fernerhin die bekannten Neubildungen hervor, die eben diese Kranken so oft symbolisch verwenden: Worte in Rede und Schrift gebraucht, denen kein Lautkörper entspricht[2]), Figuren ohne Sinn, grammatische Zeichen, Kryptographien, Chiffren, ja selbst plastische Ausführungen aus vielen heterogenen Substanzen zusammengesetzte („phantastische") Apparate[3]) gehören alle in diese Kategorie, die vielleicht auch noch gewisse unarticulirte Laute und Melodien enthält. In diesen Fällen ist im Bewusstsein des Kranken eine imaginäre Welt entstanden, die ihr eigenes Getriebe hat und seine Phantasie aufreizt, gerade so, wie es im Kinderspiel geschieht. Was die Sprachneubildungen anlangt, so

1) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI.

2) Ueber die Sprachgebilde Geisteskranker vergl. Snell, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. IX. S. 11; Martini, ibid. Bd. XIII. S. 605; Brosius, ibid. Bd. XIV. S. 37. Auch Kahlbaum, Katatonie. S. 39.

3) Der oben (§ 47) erwähnte Kranke mit dem hypochondrischen Wahn der Trichineninfection baute die complicirtesten Apparate zum Schutze gegen die vermeintliche in der Luft vorhandene Brut derselben auf, an Fäden in der Luft schwebende Cigarrenkistchen mit allerhand lächerlichen Ausstaffirungen etc.

erinnert sich jeder der eigenen Kindheit mit ihren Geheimsprachen, deren Elemente wie gutes Geld im Verkehr der Eingeweihten coursiren, im übrigen aber falscher Münze gleich sind. Selbst in den Cirkeln fideler junger Leute kommt ja noch analoges vor und man sieht wieder, wie die Producte der Krankheit selbst bis in Einzelheiten nicht der völlig normalen physiologischen Aequivalente entbehren.

Ein jedem Irrenarzt bekanntes Phänomen ist jedenfalls als einfache Steigerung der Phantasie zu nehmen, obwohl es oft wie Hagen[1]) hervorhebt mit Hallucinationen also mit Phantasmen verwechselt wird. Bei demselben sind ebenfalls Gefühle ursächliche Momente. „Bald unter dem Zwang ihrer Stimmung, bald mehr willkürlich aus innerer Lust schaffen sie — nämlich die Wahnsinnigen und Verrückten — sich eine Phantasiewelt um sich herum und verkehren lebhaft mit derselben, ohne doch im Mindesten von deren Realität überzeugt zu sein. Indem sie sich dabei durch Aeusseres nicht beirren lassen und ihre selbstgewählten Reden ähnlich wie Schauspieler aber mit grösserer subjectiver Hingabe an die Situation, mit Eifer und mit ganzer Energie spielen, welche die krankhafte Erregung ihnen verleiht, gewinnt es den Anschein, als ob sie auch wirklich mit ihren Sinnen die imaginäre Umgebung zu empfinden glaubten, während eine aufmerksame Beobachtung bald über den Ungrund einer solchen Annahme belehrt. Sie steigen lebhaft declamirend in der Zelle, im Saale, auf dem Gange auf und ab und halten Gespräche meist zankenden Inhaltes mit eingebildeten Personen in einer Weise, dass man meinen sollte, sie sähen letztere wirklich vor sich oder hörten sie reden Zuweilen lachen sie selbst über sich, wenn man sie aufmerksam macht, dass ja Niemand da sei; oder man sieht sie sich unwillkürlich in Schauspielerposition setzen und ihre Rolle beginnen, welche aber freilich oft genug dann über sie Herr wird und so zu sagen mit ihnen durchgeht“ (Hagen). Ich kann für diese an das Kinderspiel so lebhaft erinnernden, vorübergehenden Zustände bei gewissen Geisteskranken kein besseres Beispiel anführen als das folgende:

N. N., ein Pfarrer von 65 Jahren, seit langer Zeit wegen completer aus Grössenwahn hervorgegangener Verrücktheit in der Irrenanstalt, hatte — ob berechtigtermassen oder nicht, war ungewiss — einen ganz immensen Groll auf seine Frau, von welcher er nie anderes als von der „Canaille, Natter etc.“ sprach. Sehr oft, wenn er früh Morgens aufgeregt auf dem um diese Zeit stets ganz leeren Gang mit seiner Pfeife, gewaltig dampfend, auf und ab ging, trat er, nach-

1) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXV. S. 14.

dem schon prämonitorische Affectausrufe gehört worden waren, in eine Ecke, sprach murmelnd vor sich wie mit anderen Personen „ist sie da?“ und dergl. mehr, dann schrie er mit einem Male: „Achtung!“ „Gebt Feuer!“ „Bumm!“ darauf nach kurzer Pause: „Ist sie todt?“ „Ja,“ und gleichzeitig „Bravo“ mit lautem Händeklatschen. So ging es stets in ganz der gleichen Weise fast jeden Morgen, nicht selten sogar mehrere Male. Der Umstand, dass er selbst die Antworten auf seine Fragen gab, auch den Knalleffect des Commando's imitirte, endlich die Wiederholung der Scenen und der Umstand, dass er sich in denselben stören liess durch jeden Eintritt irgend welcher Person beweisen hinlänglich, dass keine Phantasmen, sondern nur aufgeregtes Spiel der Phantasie vorhanden war. (Eigene Beobachtung.)

Willkürliche Steigerung der Phantasie liegt in den Fällen vor, wo die Kranken sich allerhand übersinnliches ausmalen aber doch nur weil sie irgend welches Interesse daran haben. So erwähnt Hagen einen mit Vorliebe von seinen Leiden sprechenden Kranken, der sich nach eigenem Geständnisse manchmal damit abgab sich vorzustellen, er sehe tief in die Wand, wie in den Abgrund der Hölle und da die Teufel auf- und niedersteigen. Analoges kommt ohne Zweifel oft auch bei angeblichen religiösen Visionären vor: „Ich sehe im Geiste den Herrn des Himmels und der Erde über der Stadt Jena im Himmel“, sagte ein religiös Verrückter, den Kieser beobachtete. Solches freiwilliges „Sehen im Geiste“ ist noch nicht Hallucinatiren. Wenn Kranke Ereignisse namentlich der jüngsten Vergangenheit — eine Feuersbrunst, die in der letzten Nacht in einem bestimmten Orte ausgebrochen, ein Selbstmord, der soeben an einem gewissen Platze geschehen sein soll u. dergl. mehr — referiren, auf näheres Eindringen, woher sie das wüssten, aber sagen: „nun ich denke mir das so“, „es kann ja sein“, so wird man nicht mit H. Neumann auf Hallucinationen sondern mit Hagen auf „Pseudohallucinationen“ d. h. blos lebhaftes Phantasiespiel schliessen dürfen. Berücksichtigt man, dass von Gefühlen ausgelöste Zwangsvorstellungen (§ 70) allein schon solche Phantasien, die keine Phantasmen sind, ermöglichen, so hat die letztere Auffassung entschieden viel für sich (vgl. hierzu § 79).

Ganz zwangsmässige Steigerung des phantastischen Vorstellens scheint mir bei der sogenannten Ideenflucht neben anderen Elementarstörungen vorzukommen. Auch hier bemerken wir die Neubildung von Lautkörpern aus Bestandtheilen wirklicher Worte, welche bisweilen wohl von der Sucht, Gleichklingendes aneinander zu reihen, regiert wird. Ebenso kann ein Maniakalischer neue Melodien pfeifen, singen, trommeln, Zeichnungen oder kleine — sit venia verbo — pla-

stische Kunstwerke produciren, ohne eine weitere Symbolik damit zu verbinden.

Eine 34 jährige, in Excessen sinnlicher Liebe aufgewachsene Person wurde mit nymphomanischer Aufregung der Anstalt eingeliefert, nachdem sie einige Monate vorher, bereits verblüht, einen alten Wittwer geheirathet hatte und bald darauf geisteskrank geworden war. Einige stärker hervortretende Selbstüberschätzungsideen brachte sie ausser der tobsüchtigen Excitation mit herein. In den ersten Stunden isolirt, verlangte sie heftig nach Feder und Tinte, es wurde ihr gewährt. Kurz darauf bei der Visite fand man die frisch gescheuerte Diele an wenigen Stellen mit Federzeichnungen völlig übersät: Häuser, Bäume, Menschen, Thiere, unverständliche Dinge, alles im Bilderbogenstyl flüchtig und ziemlich schlecht hingeworfen und die Kranke knieend auf dem Boden in ideenflüchtigem Schwatzen sich gleichsam die Bilder vordictirend, über das angebliche Kunstwerk gebeugt. Man liess sie gewähren, am folgenden Tage war fast der ganze Fussboden der Zelle mit solchen Zeichnungen bedeckt, die noch lange als Denkmal der Kranken zurückblieben. (Eigene Beobachtung.)

§ 71. Die soeben besprochenen Producte krankhaft gesteigerten phantastischen Vorstellens entbehren sämmtlich — obwohl sie Bilder sinnlicher Vorstellungen sind — jener Deutlichkeit und Schärfe, welche die Wahrnehmung charakterisiren. Die sogenannten

Phantasmen[1])

(Sinnesvorspiegelungen, Sinnestäuschungen, Sinnesdelirien, „Wahnideen der Sinne" Sinogowitz, „Trugwahrnehmungen" Kahlbaum,) sind hingegen — vom symptomatischen Standpunkte betrachtet — Einbil-

1) Zur Literatur: Ausser den Schriften über allgemeine Symptomatologie der psychischen Störungen: J. Müller, Phantast. Gesichtserscheinungen. Coblenz. 1826. — Lélut, De la folie sensor. Gaz. méd. 1834. — Bayle, Mém. sur les hall. Revue méd. 1825. Janv. — Bird, Friedrich's Magazin. 1831. Heft 17. — Dietz, ibid. 1832. Heft 3. — Leuret, Fragmens psychol. sur la folie. Paris. 1834. S. 133. — Hagen, Die Sinnestäuschungen etc. Leipzig. 1837. — Bottex, Sur les Hallucinations. Lyon. 1836. Uebersetzt und mit Vorbericht versehen von Droste unter dem Titel: Ueber die durch subjective Zustände der Sinne begründeten Täuschungen des Bewusstseins. Osnabrück. 1838. — Marc, Die Geisteskrankh. etc. Uebers. von Ideler. Berlin. 1843. Bd. I. S. 126 ff. — Baillarger, Arch. gén. 1842. 3. u. Mém. de l'acad. d. méd. 1846. Tom. XII. — Patterson, Ann. méd. psychol. 1844. Mars. — Michéa, Du délin des sensations. Paris. 1846. — Brierre de Boismont, Des Hallucinations. Paris. 1847. II. édit. 1852. III. édit. 1862. — Sinogowitz, Geistesstörungen. Berlin. 1843. S. 234 ff. — Leubuscher, Ueb. d. Entstehung d. Sinnestäuschung. Berlin. 1852. — Fechner, Elem. d. Psychophys. Leipzig. 1860. Bd. II. S. 504 ff. — v. Krafft-Ebing, Die Sinnesdelirien. Erlangen. 1864. — L. Meyer, Centralbl. f. d. med. Wissensch.

dungen, die wegen ihrer Präcision und Klarheit sinnliche Empfindung und Wahrnehmung vortäuschen. Dies schliesst natürlich nicht aus, dass Phantasmen nebelhaft, unverständlich sein können, wie eine an sich undeutlich gelieferte Wahrnehmung, die jeder unbedingt von blosser Einbildung zu unterscheiden weiss. Phantasmen können zu gegebenen Empfindungen und Wahrnehmungen als verfälschende Phantasiegebilde hinzutreten oder neben anderen Eindrücken der Aussenwelt (einschliesslich des eigenen dem Bewusstseinsorgane gegenüber zu dieser gehörigen Leibes) als selbstständigere Objecte der Wahrnehmung erscheinen. Intellectuell ist nun jedes Phantasma einer Urtheilstäuschung über die Aussenwelt gleichwerthig, da, wie ein alter stets wiederholter Satz lehrt, nicht die Sinne täuschen, sondern eben das Urtheil über sinnliche Wahrnehmungen trügt, mögen dieselben von äusseren oder allein von inneren Reizen zu Stande gebracht werden. Gewisse Zustände der Centralorgane prädisponiren ganz besonders zu derartigen Urtheilstäuschungen über Herkunft und Qualität der Wahrnehmungen. Vor Allem gehören dahin der Schlaf und die ihm verwandten Zustände, während welcher das Individuum in eine lediglich imaginäre Welt versetzt ist und von der wirklichen nur dumpfe, durch Phantasmen so stark metamorphosirte Eindrücke oder inneren Reizen entsprungene Vorstellungen empfängt, dass ihm die Verbindung zwischen Reizmoment und Vorstellungseffect vollkommen entgeht. Beginnt das Erwachen aus jedwedem Zustande dieser Art, dann sind schon Zweifel an der Realität des Eingebildeten möglich; ist dasselbe vollständig eingetreten, so steht der geschehene Irrthum gleich unumstösslich fest. Die Traumphantasmen sind aber, obwohl sie für den Schläfer den Wahrnehmungen äusserer Objecte gerade auf entsprechen, doch viel blasser, als die Empfindungen und Anschauungen im wachen Zustande. Sie stehen nämlich hinsichtlich ihrer Deutlichkeit in der Mitte zwischen blos eingebildeten („gedachten") und wirklichen Eindrücken. Hierdurch unterscheiden sie sich von den krankhaften Phantasmen des wachen Zustandes. Diese letzteren werden (vom Geisteskranken) im Momente ihres Eintrittes für baar und thatsächlich genommen, die Urtheilstäuschung wird nicht, wenigstens nicht bald corrigirt, sie haben in der Regel volle sinnliche Schärfe. Alles dies muss davon abhängen, dass beim Träu-

1865. Nr. 43. — Kahlbaum, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIII. S. 1 ff. — Hagen, ibid. Bd. XXV. S. 1 ff. — Lazarus, Zur Lehre von den Sinnestäusch. A. a. d. Zeitschr. f. Völkerpsych. etc. Berlin. 1867. — A. Mayer, Die Sinnestäuschungen. Wien. 1869. — Wundt, Physiol. Psychol. Leipzig. 1874. S. 646. — Jolly, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 495.

menden das Bewusstsein umnebelt, beim Wachenden (d. h. beim Kranken) dagegen ungleich heller ist. Jener hat nur eine relativ blasse Scheinwelt vor sich, die lediglich aus Phantasmen besteht, dieser appercipirt die wirkliche Welt in ihren Objecten und neben diesen noch die Trugbilder. Der angeführte von Hagen stark betonte Unterschied zwischen beiden Arten von Phantasmen ist jedenfalls ein principiell begründeter, obwohl er sich im Einzelfalle nicht immer strikt wird durchführen lassen. (So namentlich bei gewissen Zuständen von Ekstase, wo gar nicht zu entscheiden ist, wieviel auf Rechnung traumhafter Bewusstseinsvorgänge zu schreiben, wieviel wirklich hallucinirt ist.)

Phantasmen können im Bereiche aller Sinne vorkommen. Als die häufigsten bezeichnet man ziemlich allgemein diejenigen des Gesichts und Gehörs. Jedenfalls sind sie die bestimmtesten, klarsten[1]), was leicht zu begreifen ist, wenn man berücksichtigt, dass diese hohen Sinne sehr vollkommene und von sinnlichen Gefühlen relativ freie Wahrnehmungen vermitteln. Schon die Erinnerungsvorstellung von einfachen Empfindungen dieser Sinne ist verhältnissmässig bestimmt: eine Farbe, einen Lichtblitz, ein Flimmern, ein Sausen, einen Knall können wir uns recht deutlich einbilden. Bei den Reproductionen von Tasteindrücken schleicht sich schon leichter die Vorstellung von dem jene Eindrücke begleitenden Wohl- oder Missbehagen ein und je stärker die letzteren bei den Einbildungen der Art hervortreten, desto mehr bewegt sich der ganze Reproductionsvorgang im viel dunkleren, vagen Bereiche der eingebildeten Gefühle und nicht mehr in demjenigen von klaren Vorstellungen. Dies ist nun durchweg bei der Einbildung von Gerüchen und Geschmäcken der Fall, deren Empfindungselemente im Momente des Bewusstwerdens nur äusserst unbestimmte Vorstellungen lieferten, dagegen lebhafte Gefühle, stets Lust oder Unlust erregten. Die willkürliche Reproduction der Empfindungselemente von einem Geruche oder Geschmacke führt uns kein irgendwie klares Bild im Bewusstsein vor, wir erinnern jedoch sehr deutlich, dass und in welchem Grade diese Empfindungen angenehm oder widerlich waren. Auch die durch eine specifische Geruchs- oder Geschmacksempfindung erregte Erinnerung an einen früheren Eindruck der Art ist nicht sehr präcise; Unsicherheiten, Verwechselungen sind hier viel eher möglich als bei Gesichts- und Gehörseindrücken. Wir können ja bei verbundenen

1) H. Neumann sagt: Die Praxis kennt mit Sicherheit nur die Gehörs- und Gesichtshallucinationen.

Augen nach einigen alternirenden Kostversuchen Roth- und Weisswein nicht mehr unterscheiden; Geschmack und Geruch irren bald zugleich in diesem Falle.[1])

Schon die Traumphantasmen bestehen fast ausschliesslich aus eingebildeten Gesichts-, Gehörs- und Tastvorstellungen. Gerüche und Geschmackserregungen sind hier selten, viele Personen geben an, solche im Traume nie gehabt zu haben. (Schlafende Hunde machen dagegen oft schnüffelnde Bewegungen, was offenbar mit der hohen Ausbildung ihres Geruchsorganes zusammenhängt.)

Für die specielle Betrachtung der einzelnen Formen von Phantasmen ist die von Esquirol herrührende Unterscheidung von Illusionen und Hallucinationen beizubehalten; soviel berechtigte Einwände auch gegen dieselbe vorgebracht worden sind, zur ersten Verständigung auf diesem Gebiete ist sie praktisch und in diesem Sinne wird sie auch nach wie vor beinahe allgemein benutzt. Die allgemeine Symptomatologie psychischer Störungen spricht daher zunächst von Illusion und Hallucination, wie von verschiedenen centralen Vorgängen; die allgemeine pathologische Physiologie dagegen wird zeigen, wie der Unterschied beider nur ein äusserlicher ist und schliesslich verschwindet.

§ 72. Illusionen sind Phantasmen, welche zu einer Wahrnehmung hinzutreten. Da nun mit jedem äusseren Eindrucke, der zur Wahrnehmung führt, Einbildungen sich verbinden und die normale Anschauung nur unter Beihülfe von solchen zu Stande kommt, so bringt schon im gewöhnlichen Zustande jedes Afficirtwerden durch Aussendinge eine gewisse Gefahr des zugleich Illudirtwerdens mit sich, indem der Eindruck auch nicht strenge zugehörige Einbildungen erwecken und einzelne seiner reellen Bestandtheile gerade deshalb übersehen werden können. Bei der Illusion ist dieses zudringliche Spiel der Phantasie gesteigert und da sie vom äusseren Eindrucke ausgelöst wird, darf man sie symptomatisch als Ueberreglichkeit der Phantasie bezeichnen.

Die Abänderungen und Fehler der Auffassung, welche in physikalischen Verhältnissen ausserhalb unserer Sinnesorgane, sowie in der normalen Structur und Function, ja selbst in gewissen patho-

1) Mein College, Herr Dr. Medicus, hat bei langjährigem praktischen Unterricht im Laboratorium die Erfahrung gemacht, dass eine sehr grosse Anzahl von Personen trotz vielfacher Uebung im Erkennen chemischer Körper an Geruch und Geschmack äusserst unsicher ist. Selbst Essig- und Blausäure werden oft verwechselt.

logischen Anomalien dieser letzteren ihre Begründung finden, schliesst man von dem Begriffe der Illusion aus[1]).

Die Illusion ist physiologisch (Wundt), wenn eine schematische Wahrnehmung durch geläufige Erinnerungsbilder, für welche sie selbst den Reiz liefert, vervollständigt wird. Eine nicht schematische, genaue und umständlich erreichte Anschauung kann ja niemals eine Illusion einschliessen. So kann eine Theaterdecoration be Lampenlicht aus der Entfernung das Bild einer wirklichen Landschaft erwecken, Druckfehler werden häufig übersehen, zumal vom Verfasser einer Schrift; ahmt hinter unserem Rücken Jemand die Stimme eines Bekannten, den Pfiff eines Vogels mit Treue nach, so können wir uns täuschen lassen; sind finstere Wolken am Himmel, so kann das ferne Rollen eines Wagens für Donner genommen werden; die Kochkunst vermag durch gewisse Methoden der Zubereitung dem Fleische eines zahmen Thieres, den täuschenden Geschmack von Wild zu verleihen. Rollt man zwischen den Spitzen von zwei gekreuzten Fingern eine kleine Kugel, so glaubt man unabweislich zwei Kugeln (schematisch!) wahrzunehmen (bei der Nasenspitze gelingt das nicht so vollkommen, weil sie peripherischer Theil zu demselben Bewusstseinsorgan ist). In allen diesen Fällen trägt die Einbildung in die Wahrnehmung etwas herein und das Phantasiebild verschmilzt mit der Anschauung.

Die physiologische Illusion ist unmöglich oder sie wird rasch aufgehoben, wenn der äussere Eindruck nicht die charakteristischen Elemente einer geläufigen Einbildung alle schematisch enthält. So wird selbst beim raschen Ueberlesen eines Satzes der Druckfehler, dass ein Zeitwort mitten im Satze mit grossem Buchstaben beginnt, kaum übersehen werden; in ärmlichen Theatern können wir beim besten Willen nicht zur Illusion einer wirklichen Landschaft gelangen, schlechte Atrappen täuschen uns gar nicht.

Die Illusion ist aber phantastisch (Wundt) — und jede pathologische gehört hierher — wenn der Wahrnehmungsantheil des Eindrucks[2]) völlig gegen den eingebildeten zurücktritt, wenn der

1) Kahlbaum schlägt für diese Täuschungen der Sinne die Bezeichnung Phenacismen vor. (Von φέναξ Betrüger.) Physikalische Phenacismen würden nach K. die Erscheinungen am Kaleidoskop, das Phänomen des unter dem Wasserspiegel gebrochen erscheinenden Stockes, die Luftspiegelung etc. sein, organische Phenacismen wären dagegen das Doppeltsehen, die Blendungs- und Complementärfarben, die sog. Metamorphopsie u. dgl

2) Hier und im Folgenden haben wir stets äusserlich gebotene Wahrnehmungen im Auge. Ueber die phantastische Apperception subjectiver Empfindungen wird § 78 ff. das Nöthige folgen.

Sinnesreiz übermässige Einbildungseffecte hervorruft und durch diese die Wahrnehmung nach Inhalt und Form mannigfach verändert wird (Wundt). Das vom Eindruck erregte Phantasiebild bietet dann mehr als blosse Vervollständigungen einer schematischen Wahrnehmung, es enthält in sich auch Empfindungsbestandtheile reproducirter Vorstellungen, die in der Wahrnehmung selbst durch adäquate Elemente gar nicht vertreten sind. Ein derartiger Bewusstseinsvorgang ist nur dann möglich, wenn die Erregbarkeit solcher centraler Apparate gesteigert ist, welche specifisch sinnliche Einbildungen überhaupt vermitteln, also reproducirbare Gesichts- oder Gehörsvorstellungen etc. Es versteht sich, dass ein normaler Wahrnehmungsprocess dann nicht mehr zu Stande kommt: jede illusorische Sinnestäuschung schliesst also a priori eine incomplete Wahrnehmung ein.

Der Begriff Illusion nach Esquirol fasst aber auch reine Urtheilstäuschungen[1]) über sinnliche Objecte in sich; es gehören hierher die Fälle, dass Verrückte ebenso wie kleine Kinder glänzende Steinchen und Metallflitter für Edelsteine, Gold und Silber, eventuell geisteskranke Gelehrte allerhand aus Schutt hervorgezogenen Unrath für Antiquitäten, andere wieder den ärztlichen Director des Irrenhauses für den Director einer Strafanstalt und die Wärter für seine Beamten halten. Das ist ganz dasselbe, als wenn sich ungebildete Leute durch den Glanz eines Schmuckes über den wahren Werth desselben, d. h. über seine Natur, täuschen lassen (Kahlbaum). An der Wahrnehmung selbst ist hier gar nichts defect, der Fehler liegt nur in der vorschnellen Fällung des Urtheils: Das Massgebende ist die kindliche oder sonstige Unerfahrenheit oder die krankhafte Erkenntnissschwäche, die es ermöglicht, dass aus einer wahrgenommenen Eigenschaft des Dinges auf alle übrigen geschlossen wird. Es liegt ein dem Thatsächlichen widerstreitendes Resultat des Vorstellungsprocesses aus sinnlich Wahrgenommenem vor. Dasselbe gilt nun auch, wenn Kranke ganz allgemeine und sehr gleichgiltige Geberden, Mienen, Blicke als auf sie bezügliche nehmen, wenn sie ihren Namen, der etwa Karl bezw. Müller lautet, hören oder lesen, glauben sie seien gemeint, oder Schritte vor der Thür für den Tritt von Verfolgern halten.

1) Kahlbaum bezeichnet diesen psychischen Vorgang als eigentliche Illusion, entsprechend der populären Bedeutung des Wortes, die vor der psychiatrischen vorhanden war. Die Illusion im gewöhnlichen irrenärztlichen Sinne rechnet er zu den Hallucinationen. Inwiefern diese Auffassung vollkommen richtig ist, wird später gezeigt werden.

In einer Reihe von Fällen ist es also sehr wohl möglich zu entscheiden, ob Gesichts- und Gehörsillusionen (im Esquirol'schen Sinne) reine Urtheilsfehler über an sich richtig Wahrgenommenes sind oder ob eine wirklich fehlerhafte, phantastische Apperception von Aussendingen stattgefunden hat, ob eine wahre Sinnestäuschung gegeben ist. Bei den Illusionen der sogenannten Contaktsinne ist diese Entscheidung, wie später gezeigt werden wird, sehr viel weniger sicher. Unter den optischen und akustischen Illusionen lassen sich nun noch solche unterscheiden, die von einem a priori undeutlichen Eindrucke ausgehen und andere, die einen völlig präcisen Reiz der Aussenwelt verfälschen. Die Sinnestäuschungen des Geschmacks, Geruchs und des Tastapparates (bei denen ja die strikte Unterscheidung selbst von Hallucinationen und Illusionen aufhört) gestatten natürlich einen derartigen Einblick in die Herkunft des Vorgangs nicht.

Die Unvollständigkeit derjenigen optischen oder akustischen Wahrnehmung, welche eine Illusion herbeiführt, kann in zu kurzer Dauer des Eindruckes oder wenn derselbe stabil ist in Undeutlichkeit, Verschwommensein desselben, so in sehr greller oder sehr schwacher Beleuchtung, Entferntsein der Gesichtsobjecte, Verworrenheit, Schwäche der Klänge und Geräusche gegeben sein. Unter normalen Verhältnissen wird das Urtheil über derartige unbestimmte Wahrnehmungen natürlich vorbehalten: „was ich sehe, höre, kann dies aber auch jenes sein, ich weiss es noch nicht“, heisst es dann. Gemüthsbewegungen namentlich Erwartungsaffecte der Furcht, Angst wie der Hoffnung, welche die Functionen der Centralapparate alteriren, im gleichen die Verwirrung des Vorstellens überhaupt heben oft die normale Wahrnehmung äusserer Eindrücke auf. Es besteht dann eine gesteigerte Reizbarkeit der bei dem Wahrnehmungsprocesse betheiligten Centralapparate und mit dem wenig präcisen Eindrucke vermischt sich im Bewusstsein ein lebendiges Phantasiebild von sinnlicher Schärfe, das nur die oberflächlichste Aehnlichkeit mit dem äusseren Objecte bietet: Das Phantasma liefert eine abundante Vervollständigung des von Haus aus undeutlichen Eindruckes (bei der physiologischen Illusion handelt es sich lediglich um Ergänzung der schematischen Wahrnehmung durch die Phantasie, ein Excess findet hier nicht statt). Anderseits bietet aber die Aussenwelt völlig scharfe Objecte und dennoch findet Illusion statt. In diesem Falle kann die Unvollkommenheit der Wahrnehmung nur im Individuum begründet sein. „Die Phantasie, sagt Leubuscher, stempelt erst viele Empfindungen zu undeutlichen und unvollkommenen, indem sie aus der Empfindung einzelner Theile

des Gegenstandes sich das Ganze zusammendichtet." Einzelne aber richtige beim normalen Apperceptionsvorgange scharf hervortretende Empfindungsbestandtheile des Eindruckes müssen hier nothwendig unwirksam bleiben, indessen andere hervorstechende Elemente der Wahrnehmung ihnen ähnliche Bestandtheile früherer Eindrücke reproduciren. Diese letzteren ziehen nun augenblicklich alle mit ihnen innig verbundenen anderen Elemente der Einbildung ins Bewusstsein und hierdurch wird der Eindruck vollkommen von einem Phantasiebilde gedeckt, mit dem er nur noch in einzelnen wenigen Punkten übereinstimmt: Das Phantasma liefert eine Vervollständigung des a priori deutlichen aber durch den fehlerhaften Wahrnehmungsprocess um gewisse Bestandtheile betrogenen Eindruckes. Kahlbaum, der sich um die Klarstellung dieser Verhältnisse im Detail ein bleibendes Verdienst erwarb, bezeichnet diesen Vorgang als Nebenbildwahrnehmung, Pareidolie (παρὰ εἰδῶλον). Bei der physiologischen Illusion findet ein solcher Bewusstseinsvorgang allerdings auch statt; jedoch nur so lange als die Deutlichkeit der Wahrnehmung in bestimmtem Grade schwach ist, steigt sie, dann schwindet diese Illusion. Bei der krankhaften Illusion ist eine Correctur der Trugwahrnehmung nicht möglich. Dieselben Ursachen, welche zur phantastischen Metamorphose an sich undeutlicher Eindrücke führen, liegen auch der Illusion über sinnlich scharfe Objecte zu Grunde. Offenbar aber gehört zum Aufkommen der letzteren eine viel stärkere Reizbarkeit der betheiligten Centralapparate. Wie aus der physiologischen sich die phantastische Illusion durch Zunahme der Irritabilität der betreffenden Centren entwickeln kann, so geht auch erfahrungsgemäss jene erste Form der Illusion in die zweite nicht selten über, indem der Kranke zuerst nur undeutliche, dann aber auch scharfe Eindrücke phantastisch verändert appercipirt.

§ 73. Gesichtsillusionen. Wenn ein alter Baumstumpf, ein Grenzstein in der Dämmerung, oder Getreidegarben, die auf dem Felde stehen, in der Dunkelheit für Menschen gehalten werden, wenn ein im Winde wehendes Tuch im Dämmerlicht für einen Geist imponirt, so handelt es sich um phantastische Umänderungen an sich undeutlicher Eindrücke. Das Gleiche lag in folgenden Beispielen vor:

Ein hypochondrisch Melancholischer, den Esquirol beobachtete, schlug unaufhörlich mit seinem Stocke auf die Möbel seines Zimmers und eines Saales, in dem sich mehrere Personen befanden. Je schneller

er ging, desto mehr schlug er. Die beim Laufen rasch vor seinen Augen vorüberziehenden Schatten der Möbel und Menschen hielt er, sowie seinen eigenen, der hier und dorthin fiel, für Ratten. Je mehr er ging, desto schneller waren die Spiele des Lichtes und desto mehr glaubte er, dass die Ratten sich vermehrt hätten. Die Bemannung eines Schiffes, erzählt Hibbert[1]), ward sehr erschreckt durch das vermeintliche Gespenst ihres einige Tage vorher verstorbenen und ins Meer versenkten Koches: alle sahen ihn, wie er mit dem ihm eigenthümlichen von Verkürzung eines Beines herrührenden Hinken über das Wasser dahinschritt. In der Nähe betrachtet erwies sich als Object der Täuschung das schaukelnde Fragment eines alten Wracks. Ein Kranker von Esquirol weigert sich, beim Mittagessen zu trinken. Genöthigt, sagt er: „wie, Coquin, willst Du, dass ich meinen Bruder verschlucke?“ Man bemerkt, dass der Kranke sein Bild in der Flasche sieht; man stellt sie weg und alsbald trinkt er. Endlich hat Leubuscher ein Beispiel mitgetheilt, welches, wie kein anderes, die illudirende Wirkung des Verschwommenseins eines Eindruckes beweist: einem Kranken, der sich an manchen Tagen für ein von ihm früher geliebtes Mädchen hielt, verwandelten sich die eigenen Züge in diejenigen des Mädchens, sobald sie von der Fläche einer Fensterscheibe reflectirt wurden, im Spiegel dagegen sah er sein eigenes Gesicht.

Fehlerhafte Wahrnehmung von deutlichen Gesichtsobjecten findet dagegen statt, wenn völlig fremde Personen am Tage als alte Bekannte, ja selbst als die nächsten Angehörigen angeredet werden, wenn Kranke das Mienenspiel nahestehender Personen für Fratzen auffassen, fremde Kleider für die ihrigen erklären etc. In dem von Griesinger erwähnten Falle einer Melancholischen, welche sobald sie in dem Spiegel sah, einen Schweinskopf erblickte, ging die Illusion von einem völlig klaren Eindrucke aus. Die Personenverwechselung ist durch viele Beispiele von Snell und Kahlbaum illustrirt worden; sie kommt besonders bei primären Psychosen, namentlich nach Snell beinahe ausnahmslos als Symptom der Tobsucht, sodann bei Melancholie viel weniger bei Wahnsinn und Dementia zur Beobachtung. Kahlbaum hat in einigen Fällen bewiesen, dass thatsächlich in den äusseren Erscheinungen der wahrgenommenen Personen Aehnlichkeiten mit jenen Individuen sich vorfanden, die das Thema der Verwechselung abgaben.

So hielt ein Melancholiker einen schwarzhaarigen nicht sehr starken Kranken für seinen Sohn, einen grossen starken schon älteren Patienten für den einen, ein wesentlich jüngeres kräftiges Individuum mit braunem starkem Haar für den anderen seiner Schwiegersöhne. Diese Verwechselung hielt der Kranke unumstösslich fest; denn als die — wirklich jene genannten Eigenthümlichkeiten des Habitus bietenden —

1) vgl. Hagen, Sinnestäuschungen. S. 13.

Verwandten mit den verwechselten Personen confrontirt wurden, erklärte er sie für Betrüger und wunderte sich, mit wie grosser Aehnlichkeit man die „Figuranten" habe herstellen können.

Analoge Wahrnehmungsanomalien sind auch bei der Verwechselung von Sachen, wie sie Zerstreuten zustossen und bei der Dementia senilis vorkommen, nicht ganz selten aus dem oft genug komischen Thatbestand des Irrthums zu erschliessen.

§ 74. Gehörsillusionen. Hört ein Kranker aus entfernt, vielleicht vom Nebenzimmer her, durch die Wand hindurch nur dumpf vernommenen oder auch flüsternd in der Nähe gesprochenen Lautreihen deutliche Worte mit specifischem Inhalte heraus (Hülferufe, Lobeserhebungen, Verläumdungen, Schimpfreden, Drohungen, Versprechungen etc.), erscheinen ihm entfernte taktmässige Geräusche als Schritte, ein leises Klopfen an der Thür, ein fernes Rollen irgend welcher Art als Donner u. s. w., dann handelt es sich um die phantastische Vervollständigung eines undeutlichen Gehörseindruckes.

Eine alte Frau, welche ich längere Zeit beobachtete, litt an Verfolgungs- und Grössenideen mit vielen Hallucinationen und Illusionen des Gehörs. Fortwährend befand sie sich in dem peinlichen Erwartungszustande der bevorstehenden Abreise auf ihre imaginären Güter, die von ihren eingebildeten Feinden subhastirt werden sollten. Mit angespannter Aufmerksamkeit auf das, was draussen vorging, achtend, stand stets sie am Corridorfenster. Jedes entfernte dumpf continuirliche Geräusch war das Rasseln des erwarteten Wagens und wenn zwei Menschen mit einander in solcher Entfernung sprachen, dass sie nur Laute hören aber gar nichts verstehen konnte, so hörte sie Mahnungen, sich zu eilen, es sei jetzt die allerhöchste Zeit zur Abreise. Niemals hörte sie aus genau wahrnehmbaren Geräuschen und Worten dergleichen heraus.

Der akustische Eindruck ist dagegen so präcis, als er nur sein kann, wenn das Knarren des Holzes, das Rauschen des Laubes im Walde, das Murmeln des Baches oder das Prasseln des Feuers, Summen und Singen des Kessels, Pfeifen des Windes zu Gespräch, Gelächter, Krächzen, Stöhnen oder Gesang und Musik sich verwandeln etc. etc.

Eine Kranke von Bergmann erzählte nach ihrer Genesung, dass sie während ihrer Krankheit gelegentlich eines Gewitters keinen Donner, sondern förmliche Kanonaden gehört (desgleichen nicht Blitze, sondern Feuerschlünde gesehen) hätte.

Ein Patient von Kieser berichtet von sich selbst: Die Wagen knarren und ertönen auf ganz ungewöhnliche Weise und liefern Erzählungen, die Schweine grunzen Namen und Erzählungen sowie Verwunderungsbezeugungen, die Hunde schimpfen und bellen Vorwürfe,

Hühner und Hähne krähen solche, selbst Gänse und Enten schnattern Namen, einzelne Redensarten und Bruchstücke von Referaten. Der § 47 angeführte melancholisch-hypochondrische Kanzleibeamte meiner Beobachtung hörte am Anfange seiner Störung, als er noch dienstlich thätig war, feine sibilirende Schimpfworte im Gekritzel der Federn seiner Collegen und schliesslich auch der eigenen. v. Krafft-Ebing erwähnt einen Kranken, der die Glocken von nahen Thürmen Spitzbube rufen hörte. Ein Melancholiker, den Dagonet beobachtete, schrieb: ich bin ein verworfenes Wesen, alle Stimmen in der Natur wiederholen das, die Vögel sagen mir es alle Tage.

Schon bei optischen und akustischen Illusionen ist übrigens nicht in jedem Einzelfalle Urtheilstäuschung über Wahrgenommenes von Sinnestäuschung und weiterhin nicht Illusion zu Folge mangelhaften Eindruckes von jener zu unterscheiden, die rein central begründet ist. Noch viel unsicherer bleibt eine derartige engere Begriffsbestimmung bei den Täuschungen der niederen Sinne; es wurde dieser Umstand schon § 72 hervorgehoben und auch angedeutet, dass nicht einmal die Trennung illusorischer und hallucinatorischer Vorgänge bei den fehlerhaften Wahrnehmungen dieser Sinne gelingt.

§ 75. Geruchsillusionen. Erklärt ein Kranker Latrinengestank für Leichengeruch, kommen ihm Schweissdüfte wie Fäulnissgerüche vor, sucht er ein beliebiges in der Luft vertheiltes Odeur empfindend nach Rosen, Veilchen etc., meint er, wenn der Ofen raucht, den Brandgeruch einer Feuersbrunst zu vernehmen, oder wenn ein von Bird beobachteter Blödsinniger, der sich oft mit Urin wusch, über Tabaksgeruch sich beklagte, so ist wenigstens einige Möglichkeit gegeben, dass es sich um verfälschte Apperception handele, weil die gelieferten Gerüche einige Empfindungsbestandtheile mit denjenigen gemein haben können, welche der Kranke nennt. Aber bei der Unvollkommenheit der Geruchsvorstellungen ist mit Bestimmtheit schliesslich noch nicht festzustellen, ob nicht krankhafte Urtheilstäuschung in diesen Fällen wesentlich mitwirke. Die letztere liegt jedoch ganz sicher dann vor, wenn Melancholische z. B. an einem Orte, wo notorisch Gestank, vielleicht sogar noch Schwefeldämpfe vorhanden sind, sich im Pfuhl der Höhle bezw. den Teufel in ihrer Nähe wähnen, wenn eine hysterisch Verrückte in einem parfümirten Manne den längst erwarteten Prinzen begrüsst.

Urtheilstäuschung der Art zeigte sich auch bei jener Dämonomelancholischen, welche § 63 erwähnt wurde. Sie kam in sehr vernachlässigtem Zustande mit Pediculi vestimentorum in der unsaubersten Wäsche und vor Schmutz eigentümlich penetrant riechend zu uns. Ihre Antwort auf meinen Einwurf, wie sie sich so vernachlässigen

könnte, war: es habe ja keinen Sinn, den schon halb verfaulten, innerlich verwesenden Leib noch fernerhin zu pflegen. — H. Neumann erzählt von einem Kranken, der Ofen und Fenster öffnete, weil er in der Stube Luftverpestung wahrzunehmen glaubte und die letzteren wieder schloss, in der Meinung, es zögen von draussen mephitische Dünste herein. Es ergab sich, dass er eine ausgebreitete Ozäna hatte.[1])

Falret ist der Meinung, dass bei der Nahrungsverweigerung Geisteskranker (namentlich zu Anfang der Störung) Geruchsillusionen mitspielten. Er lässt dabei die Möglichkeit einer verfälschten Wahrnehmung (impression dénaturée) ebensowohl wie einen Urtheilsfehler (erreur de jugement) bei normalem Eindrucke (sensation réellement normale) zu.

§ 76. Mit den Geschmacksillusionen ist es ganz ähnlich. Ochsenfleisch wird gar nicht selten für Pferdefleisch erklärt, ein an sich nicht verdorbenes Essen wird verdorben genannt, abgestandenes Wasser erscheint faulig; Wein wird als Essig und umgekehrt Essig als Wein bezeichnet: immer ist noch eine Möglichkeit der Verwechselung in Folge falscher Wahrnehmungen bei diesen Vorgängen gegeben[2]), da einige Empfindungselemente der reellen Wahrnehmung mit denen der eingebildeten Vorstellung übereinstimmen. Wenn dagegen das aufgetragene Fleisch für menschliches erklärt, das Essen vielleicht wegen seines etwas scharfen Geschmackes (Hyperästhesie), ebenso wie eine adstringirende, bittere Arznei für Gift gehalten wird, so handelt es sich wohl immer um eine Urtheilstäuschung, die aus deutlichen Eindrücken hervorgeht.

§ 77. Tastillusionen kommen gewiss sehr häufig vor; sie sind aber einer nähreren Analyse nicht zugänglich. Wie deutlich ein äusserer Eindruck auf die empfindenden Apparate von Haus aus einwirkt, in wie weit er phantastisch appercipirt wird, wie viel dabei auf pure Urtheilstäuschung komme, ist gar nicht zu ermitteln. Verfolgungswahnsinnige halten in der Nacht einen leisen Luftzug für

1) Wenn ein von Treviranus (Friedreich, Allg. Pathol. etc. S. 150) erwähnter Schlafwandler Ammoniak, das man ihm vorhielt, für den Geruch abgebrannten Schwefels hielt und meinte, man wolle ihn vergiften, so war wohl nur das stechende das beiden Gerüchen gleichmässig zukommt, also zuletzt ein Tasteindruck der wahre Inhalt der Illusion.

2) Es sind natürlich Tastillusionen, wenn ein Kranker, wie in einer Beobachtung von Jolly (Bericht über d. Irrenabth. d. Juliusspitals etc. Würzburg. 1873. S. 80), Haare im Essen zu empfinden wähnt oder wenn die Speisen sandig, erdig „schmecken“.

den Athem eines heranschleichenden Menschen, ein engschliessendes Halstuch erweckt unter den gleichen Bedingungen bei ihnen die Vorstellung, dass der Hals von fremder Hand zugeschnürt werde, Fieberkranke halten im Delirium die drückende Bettdecke für einen Incubus; weibliche Irre wähnen sich geschändet bei Gelegenheit einer Exploration per vaginam etc.

N. Friedreich erzählte von einem Kinde, welches im Walde spaziren ging und sich plötzlich von hinten angepackt glaubte; aus der Erzählung ging hervor, dass seine Mütze ohne Zweifel an einem Busche hängen geblieben war. Esquirol beobachtete einen Geisteskranken, der die Strohhalme seines Lagers für Schnäbel von Vögeln hielt, welche ihn pickten.

Die Einreibung mit juckenden Hexensalben brachte im Mittelalter den „Wahn" der Lykanthropie (§ 36) in sofern mit zu Stande, als die Sensationen an der Haut das Wachsen von Haaren vortäuschten (diese sollten aber nach innen gekehrt sein: versipellis = Wärwolf).

§ 78. Unter Hallucinationen versteht man Phantasmen, welchen keine äusseren Eindrücke entsprechen. Eine innere Erregung appercipirender Apparate bringt dann im Bewusstsein des betreffenden Individuums dasselbe, bezw. etwas analoges von dem hervor, was unter normalen Verhältnissen nur durch äussere Eindrücke erzeugt wird, nämlich eine Wahrnehmung. Man kann den Vorgang mit Virchow auch so bezeichnen, dass man sagt der Hallucinirende appercipirt nicht die Welt, sondern sich selbst d. h. Vorgänge in seinem (centralen) Nervenapparate. Es versteht sich, dass derartige Wahrnehmungen auch bei gänzlichem Mangel an äusseren Eindrücken, also bei völliger Dunkelheit, completer Stille vorkommen können. (Beim Geruchs- und Geschmacksorgane, wie beim Tastapparat sind wir niemals im Stande die Abwesenheit thatsächlicher Erregungen so annähernd bestimmt nachzuweisen, als bei den zwei höheren Sinnen.)

Die subjectiven Empfindungen von Licht und Schall, welche man namentlich früher unter den Begriff der Hallucinationen subsumirt hat, werden in der Regel vom Gesunden richtig erkannt, wiewohl merkwürdigerweise die Sprache metaphorische Bezeichnungen für diese Erscheinungen benutzt, welche auf die Aussenwelt hinweisen: es blitzt vor dem Auge, klingt vor dem Ohre etc. Es gibt aber Bedingungen, unter welchen subjective Empfindungen leicht für objective gehalten werden z. B. wenn man im Dunkeln seinen Weg sucht und plötzlich ein Lichtschein aufblitzt, so ist unter Um-

ständen die Entscheidung unmöglich, ob äusseres Licht oder Eigenlicht gesehen wurde[1]). Der ruhige Gesunde wird diese Entscheidung, sofern er bereits weiss, dass solche subjective Empfindungen vorkommen, offen lassen, ein Geisteskranker aber leicht der Urtheilstäuschung verfallen. Sobald bei ihm indessen die subjective Empfindung vervollständigt wird, so dass aus einer einfachen Lichterscheinung in seinem Auge eine Laterne oder auch aus einem Summen in seinem Ohre Donner, Wagenrollen werden, so hat er keine einfache Urtheilstäuschung mehr, sondern eine Sinnestäuschung. Diese ist eine Illusion, deren Substrat nun freilich nicht ein äusserer, sondern ein in ihm entstandener nicht centraler Reiz bildet. Es braucht wohl nicht eingehend erörtert zu werden, dass für die bei Augen- und Ohrenkrankheiten entstehenden subjectiven Wahrnehmungen, welchen gewisse Reize dieser krankhaften Processe Ursprung verleihen, ganz dasselbe gilt. Sie treten alle entweder unter den Begriff der Urtheilstäuschung über an sich richtig wahrgenommenes, sobald das Wesen des Vorganges nicht erkannt wird oder aber unter denjenigen der Illusion, wenn die subjectiven Empfindungen phantastisch vervollständigt werden. Ohne Zweifel wird man auch die Gesichts- und Gehörswahrnehmungen der blind und taub Gewordenen zum Theil wenigstens in dieser Weise auffassen müssen, da die betreffenden Nerven noch lange Zeit durch innere Vorgänge in ihrer Substanz erregt werden und so dem Bewusstsein Empfindungen zuführen können. Auch können subjective Empfindungen durch Irritation der sensitiven Bahnen auf ihrem intracerebralen Verlaufe entstehen, welche das Bewusstsein selbstverständlich in die Aussenwelt verlegt. Die phantastische Vervollständigung, welche durch pathologische Vorgänge in den appercipirenden Centralorganen selbst noch etwa vor sich geht, ist bei dieser Art von Verarbeitung des Empfindungsmaterials zu Wahrnehmungen ganz dieselbe, wie bei der gemeinen Illusion, welche aus Reizen ausserhalb des Individuums entspringt. Wegen ihrer Unbestimmtheit eignen sich nun die subjectiven Empfindungen ganz besonders zur phantastischen Metamorphose. Die Phantasie kann bei krankhaften Processen, welche die Centralapparate des Vorstellens irritiren, natürlich mit diesen Empfindungen ebenso frei schalten, wie mit den unvollständigen äusseren Eindrücken.

Es können aber auch eine rein psychische Reizung und die organische, meist pathologische Irritation derjenigen Centralapparate, welche sinnliche Wahrnehmungen dem Bewusstsein übermitteln, Phan-

1) vgl. Helmholtz, Phys. Optik. S. 617.

tasmen erzeugen. Diese psychischen Vorgänge machen schliesslich dasjenige aus, was man eigentliche Hallucinationen nennt. Dann ist weder ein äusseres noch ein inneres Erregungsmoment der zuleitenden Nervenbahnen, sondern lediglich eine Reizung der centralen Endapparate die Ursache der Trugwahrnehmungen.

Ob ein solcher Erregungsvorgang unter normalen Verhältnissen wirklich vorkomme, mit anderen Worten, ob es in That und Wahrheit physiologische Hallucinationen gebe, ist schwierig zu entscheiden. Die Traumphantasmen, welche doch einem normalen Zustande des Gehirns angehören, lassen sich nicht hierher ziehen, einmal weil gar nicht festzustellen ist, welchen Antheil subjective, ja selbst von aussen angeregte Empfindungen an ihrem Zustandekommen haben[1]), sodann weil überhaupt das Bewusstsein des Schlafenden mit demjenigen des Wachenden völlig unvergleichbar ist. Auch für die deutlichen Phantasmen vor dem Einschlafen, sowie die sog. Erscheinungen des Sinnengedächtnisses, von welchen zuerst Henle Mittheilung machte und Fechner[2]) eingehender handelt, ist die centrale Entstehung des Wahrgenommenen nicht zu erweisen. Bei den ersteren befinden sich die Sinne unter den bereits abgeänderten Verhältnissen des beginnenden Schlafes, bei den letzteren ist Anstrengung von Auge und Gehörorgan ebenso vorausgegangen, wie Gehirnanstrengung. So blieben denn als Analogien der krankhaften Hallucination jene deutlicheren (Erinnerungs-) Bilder von Gesichtern übrig, die rasch beim Nennen eines Namens, beim Ertönen einer bekannten Stimme zu Folge des psychischen Reizes der Association in uns auftauchen und ebenso schnell wieder verschwinden. Diese aber sind verglichen mit wirklicher Anschauung doch noch äusserst matt.

Von den willkürlich reproducirten Vorstellungen einzelner Personen müssen wir allerdings annehmen, dass ihre Empfindungsbestandtheile von einer ganz ungewöhnlichen Lebhaftigkeit waren.

1) Und dieser Antheil ist vielleicht bedeutend. Lazarus ist geneigt, die Träume als hallucinatorische Vorgänge aufzufassen (a. a. O. S. 19). Nach Anderen sind sie mehr illusorischer Natur (Wundt, Physiol. Psych. S. 656; Leubuscher, a. a. O. S. 45).

2) Henle, Casper's Wochenschr. 1838. Nr. 18. — Fechner, Psychophysik. II. S. 489 ff. — Die Erscheinungen bestehen darin, dass gewisse Gesichtsobjecte (Henle) auch Gehörseindrücke (Fechner), die sich Tag über zu Folge längerer Beschäftigung mit ihnen tief eingeprägt hatten, Abends, wenn alles dunkel und still ist, als Phantasmen wiedererscheinen. Die Gesichtserscheinungen der Art sind bisweilen leuchtend und zeigen auch die Bewegungen des vorausgegangenen wirklichen Eindruckes.

Cardanus, Goethe, Balzac u. A.[1]) behaupteten, sich farbige bezw. leuchtende Bilder von Gegenständen vorstellen zu können. Dergleichen Angaben sind aber doch immerhin ganz exceptionell. Für das Gros der Gesunden existirt nur die innere Erfahrung, dass manche reproducirte Vorstellungen etwas mehr, als die gewöhnlichen alltäglichen Phantasievorstellungen in ihrer Deutlichkeit an die sinnliche Wahrnehmung erinnern. Es müssen also bei jenen vorhin erwähnten, vermöge einer unwillkürlichen Association mit dem specifischen Gehörseindrucke auftauchenden Bildern die reproducirten Empfindungsbestandtheile, aus dem sie bestehen, stärker bewusst werden. Zu viel höheren Graden wächst dieser sinnliche Verstärkungsprocess offenbar bei denjenigen Phantasmen der Kranken an, die ebenfalls dem wachen Zustande angehören und ganz unwillkürlich auftreten. Anhaltepunkte für das Verständniss derartiger ausnahmslos pathologischer Erscheinungen liefern uns natürlich die Phantasmen von solchen Personen, die diesen subjectiven Bewusstseinsvorgängen noch eine Objectivität des Urtheils entgegensetzen konnten (was beiläufig bemerkt, weder bei den Schlafphantasmen noch bei den angeblich willkürlich erzeugten Wahrnehmungen des Visionärs der Fall ist). Zu dieser Art von Phantasmen gehörten diejenigen des bekannten Nicolai, welcher seine vielgestaltigen Visionen, die er bis ins Detail beschreiben konnte, sehr wohl von wahren Gestalten, als merklich matter in Umriss und Colorit unterschieden hat[2]). Bei Vorgängen dieser Art entsteht also ein Bild, welches fast volle sinnliche Lebendigkeit hat; es sind die wesentlichsten Bestandtheile alle darin enthalten, welche eine begriffliche Bestimmung des mannigfaltigen, aber geordneten Inhaltes zulassen. Bei der subjectiven Empfindung handelt es sich stets nur um einzelne oder um eine Mehrheit ungeordneter Elementareindrücke. Bei der Hallucination muss nun wohl eine solche Erregung subjectiver Empfindungen ebenfalls angenommen werden, aber sie geschieht hier im Sinne von mehr oder weniger geläufigen Bildern der Aussenwelt. Die Annahme,

1) vgl. hierzu J. Müller, Phantast. Gesichtserscheinungen. § 48 u. 149 ff. — Brierre de Boismont, Des Halluc. III. édit. p. 462.

2) Die Visionen Nicolai's sind von ihm selbst in der Berl. Monatsschrift 1799 beschrieben und in vielen Schriften wiedererzählt (z. B. in Reil's Fieberlehre. Bd. IV. S. 285 bei Joh. Müller, Phantast. Gesichtsbeschr. S. 77 u. s. w.). Die Gestalten waren meist menschliche in Lebensgrösse, die in verschiedenfarbigen Kleidern durcheinander sich bewegten, sich bisweilen zu unterhalten schienen. Es kamen Visionen von meist nicht bekannten Gestalten beiderlei Geschlechts, dazu auch einmal die eines Reiters, sodann von Vögeln und Hunden vor. Später sprachen die Personen auch.

dass eine vom Centrum nach der Peripherie hin fortschreitende Nervenerregung bei den Hallucinationen stattfinde, wird wesentlich dadurch gestützt, dass die Phantasmen des Gesichts unter Umständen ihren Ort wechseln, wie das zumal bei den Nicolai'schen der Fall war. Unbedenklich wird man aus diesen und ähnlichen zuverlässigen Selbstbeobachtungen schliessen dürfen, dass bei den Hallucinationen der Geisteskranken analoge Vorgänge im Ablaufe begriffen sind.

§ 79. Die Hallucinationen Geisteskranker verrathen ihren centralen Ursprung schon dadurch, dass ihr Inhalt in der Regel den sonstigen Vorstellungen des Kranken entspricht, zu diesen passt, oder sie wohl gar wiedergibt. Hält man aber fest, dass die Hallucination Trugwahrnehmung, also sinnlich angeschautes, angehörtes ist, weil subjective Empfindungen dabei stattfinden, so wird man gerade aus der Art und Weise, wie der Kranke seine Bewusstseinsvorgänge mittheilt, entnehmen können, ob Hallucination oder bloss lebhafte Einbildung in ihm vor sich ging. Das letztere ist nun offenbar bei den sogenannten psychischen Hallucinationen (Baillarger)[1], den abstrakten Hallucinationen (Kahlbaum)[2], welche man auch als fausses hallucinations (Michéa), als Pseudohallucinationen (Hagen) bezeichnet hat, der Fall.

Es wird nämlich in gewissen Erzählungen der Kranken, die in der Regel etwas kürzlich Erlebtes betreffen, manchmal ein Sachverhalt von vorn herein so beschrieben, dass er ebenso gut wirklich, wie hallucinirt gewesen sein könnte; aber bei eindringlichen Fragen werden die Angaben schwankend, sich widersprechend, und weisen jene Klarheit der Vorstellung nicht nach, welche wirkliche oder hallucinirte Eindrücke selbst dann noch herbeiführen, wenn sie nicht sehr präcis sind. Andere Male wird das Geschehene gleich in indirecter Rede mitgetheilt, der Kranke sah, hörte, dass dies und jenes vorging (§ 70). Zu weiterer Aufklärung genöthigt, kann er sogar zugeben, dass er den Gesichts- oder Gehörseindruck eigentlich nicht gehabt habe, es sei ihm aber so, er fühle es, wisse bestimmt, dass

1) „Des perceptions purement intellectuelles ayant leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination et de moin que les hallucinations psychosensorielles l'excitation interne de appareils sensoriaux.“

2) Auch „Phantorhemie“ (ῥῆμα Wort): „jene abstrakten ihrem Inhalte nach unsagbaren Ideen oder Wahrnehmungen, welche je nach der Ausdrucksweise mehr der weniger bestimmt auf ein einzelnes Sinnesgebiet bezogen werden können — oder jene complicirten wahnhaften Erzählungen, deren sehr bestimmter Inhalt auf eine Vergangenheit verweist, in welcher keine Hallucination zu beobachten war.“

das Erzählte oder etwas ganz Aehnliches passirt sein müsse[1]). Hier hat man also den Beweis in der Hand, dass keine Hallucination gegeben war. Es sind zwar lebhafte centrale Vorgänge abgelaufen, allein ohne dass subjective Empfindungen hinzugetreten wären und den Vorstellungen scheinbar äusserliche Sinnlichkeit verliehen hätten. Es versteht sich natürlich von selbst, dass jeden Augenblick ein solcher centraler Vorgang thatsächliche Hallucinationen herbeiführen kann. Denn, wie erwähnt, stimmt der Inhalt der Hallucinationen oft ganz eklatant mit den sonstigen Vorstellungen des Kranken ebenso überein, wie denselben derartige Phantasiespiele entsprechen, welche noch nicht sinnlich eingekleidet sind. Es mag daher in vielen Fällen schwierig, ja unmöglich sein, zu entscheiden, ob Phantasiespiel oder complicirtes Phantasma referirt wird. Wenn mir z. B. ein Typhuskranker, bei dem sich schon der Hunger energisch regt, eines Morgens bei der Visite treuherzig sagte: „Diese Nacht ist in J. (dem Heimathsdorfe) Schlachtschüssel gewesen, meine Mutter steht unten im Garten und hat eine Wurst in der Tasche, wagt sich aber nicht herein, weil es verboten ist, Speisen in das Isolirhaus zu bringen", so können ebenso gut reflectorisch (Hunger) erregte Vorstellungen als wirkliche ähnlich begründete Hallucinationen vorgelegen haben.

§ 80. Der Hallucinirende dagegen ist völlig von der Realität seiner Eindrücke überzeugt, es ist ihm nicht etwa so, als ob er sähe oder höre, er sieht und hört wirklich; vielleicht ist der Eindruck flüchtig und undeutlich, aber er bleibt für ihn doch Eindruck, er wird von der Erinnerung als solcher aufbewahrt und ist gar nicht wegzudisputiren: „Wenn meine Wahrnehmungen irrige sein sollen, sagte ein Kranker zu Foville, so muss ich auch an allem zweifeln, was Sie mir sagen, ich muss zweifeln, dass ich Sie sehe". Eine analoge Entgegnung erhielt Leuret auf seine Einwürfe von einem Hallucinirenden: „Diese Stimmen sind für mich so deutlich, wie Ihre Stimme und wenn ich Ihren Worten Wirklichkeit beimessen soll, so muss ich diese auch den Worten zuertheilen, die mir, ich weiss nicht woher kommen; denn das Wesen der einen ist für mich so sinnlich, wie dasjenige der andern." Selbst nach der Heilung vermögen die Betreffenden noch ganz bestimmte Angaben über die Beschaffenheit der Hallucinationen zu machen. Ein Reconvalescent sagte zu Esquirol: „Ich sah, ich hörte so genau, wie ich Sie sehe und höre." — Geht hieraus schon hervor, dass die Phantasmen von blossen

1) L. Meyer, Centralblatt. 1865. No. 43.

Phantasievorstellungen sich an Schärfe strenge unterscheiden, so bestätigt dieses weiter der Umstand, dass die Kranken übereinstimmende und differirende Bestandtheile mehrerer zu verschiedenen Zeiten stattgefundener hallucinatorischer Eindrücke wohl unterscheiden: es erscheint z. B. dieselbe Person in verschiedenen Kleidern, einmal spricht die gleichen Worte eine männliche, das andere Mal eine weibliche Stimme u. s. w.

Man hat früher angenommen, dass Hallucinationen sehr einfach sein könnten, z. B. eine Farben- oder Lichterscheinung, ein einzelner Ton oder ein Geräusch vernommen werden, woraus dann erst Gestalt und verständliche Lautreihe sich entwickeln. Derartige unzweifelhaft vorkommende Processe dürften aber wohl immer subjectiven Empfindungen ihren Ursprung verdanken und deshalb unter den Begriff der Illusion zu stellen sein. Wir werden bei den Hallucinationen der einzelnen Sinne diese Phänomene näher zu betrachten haben, welche Hagen elementare Hallucinationen, A. Mayer Hallucinationen der Empfindung genannt hat.

Es wurde schon angedeutet, dass die Hallucination bisweilen dem Kranken selbst als nicht ganz so deutlich, wie ein ordinärer sinnlicher Eindruck vorkommt. Er sieht z. B. blosse Umrisse von Gestalten ohne Farbe, nebelhafte Bilder. Andere Male scheint sie mit voller Sinnlichkeit ausgestattet zu sein und einige Beobachtungen sprechen dafür, dass die Phantasmen in Qualität und Intensität noch dasjenige Maass über- oder unterschreiten, welches die gewöhnlichen Eindrücke der Aussenwelt in ihren Empfindungsbestandtheilen einhalten. Die Gestalten erscheinen riesengross, winzig, klein, haben nie gesehene Formen (Zusammenfluss von Elementen verschiedener Erinnerungsbilder) es werden Worte gehört die im Sprachschatze des Individuums nicht existiren. Auch kommt es vor, dass die visionären Gestalten leuchtend in ungewöhnlichen (ja unmöglichen) Farben gesehen werden, dass eine Stentorstimme oder hohe sibilirende keiner menschlichen vergleichbare Stimmen dem Kranken vorsprechen. In Bezug auf die letzteren Eigenschaften der Hallucination scheint die Annahme einer bis zur Peripherie hin fortgesetzten Reizung unabweislich. Es muss dann eine Verstärkung des Phantasma durch zuwachsende subjective Empfindungen stattfinden; dafür spricht vielleicht auch das in Heilungsfällen mehrfach beobachtete Abklingen der Hallucinationen: wie Nicolai, eine Kranke von Brach, ein Patient von Kahlbaum, endlich auch Schröder van der Kolk[1]) gelegentlich einer fieberhaften mit Obstipation verlaufenden

1) Pathol. u. Ther. d. Geisteskrankh. Deutsch v. Theile. S. 80.

Krankheit ihre phantastischen Truggestalten allmählich farblos, zu blassen Umrissen und Schemen werden sahen, so hörte eine Kranke meiner Beobachtung ihre Stimmen beim Beginn der Reconvalescenz nur noch undeutlich „wie aus der Entfernung“ bis dieselben endlich ganz verstummten.

§ 81. Der Inhalt der Phantasmen ist entweder unaufhörlich derselbe oder zu verschiedenen Zeiten ein differenter (stabile und wechselvolle H. Kahlbaum). Dabei können die Hallucinationen für kürzere oder längere Zeit völlig continuirlich oder, was häufiger vorkommt, nur periodisch auftreten. Im letzteren Falle sind sie einmal dann vorhanden, wenn äussere Reize des betreffenden Sinnes fehlen oder sie werden gerade gelegentlich äusserer Eindrücke wahrgenommen; es kommt sogar vor, dass die Kranken nur dann Phantasmen haben, wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf ein äusseres Object anspannen (functionelle H. Kahlbaum) und bisweilen schwinden die Hallucinationen bei Verschluss des Sinnes, in dessen Bereiche sie auftreten. Bei manchen Kranken kommt allemal dann eine Hallucination zu Stande, wenn eine andere Sinnesbahn thatsächlich erregt wird, z. B. sobald eine schmerzhafte Reizung stattfindet (Reflexhallucination, Kahlbaum). Sehr häufig scheinen die Hallucinationen inneren psychischen Erregungen ihren Ursprung zu verdanken, mögen diese nun vorzugsweise Gemüthsbewegungen oder mit diesen inniger zusammenhängende lebendige Vorstellungen, Denkacte etc. bedeuten (erethische H. Kahlbaum). Hierher gehören auch die Fälle, bei welchen das Halluciniren aufhört, sobald der Kranke durch äussere Eindrücke und die Folgen, welche dieselben für seine psychischen Processe mit sich bringen, von seinen gewöhnlichen Gedanken und Gefühlen abgezogen wird.

§ 82. Gesichtshallucinationen, Visionen[1]). Man hat früher als die einfachsten Gesichtshallucinationen das Sehen von Lichtschein

1) Lazarus (a. a. O. S. 16) versteht unter Visionen speciell solche Phantasmen, welche ihre Ursache haben „im psychischen Mechanismus und seinem Gehalte“ im Gegensatz zur Hallucination, welche durch organische Reizung der centralen Sinnesapparate herbeigeführt wird. Der Inhalt der Phantasmen Geisteskranker steht aber immer in irgend einer Beziehung zu seinem Vorstellungs- und Gefühlsinhalte und man darf annehmen, dass selbst bei anscheinend ganz spontan auftretenden Phantasmen doch irgend eine Association zwischen Vorstellungen und Phantasma stattgefunden hat. Die psychische Reizung gibt dann eben bei schon bestehender Irritabilität centraler Sinnesflächen den definitiven Anstoss zum Zustandekommen der Hallucination (Wundt).

oder Lichtmassen von Farben ganz unbestimmten Schatten bezeichnet. Diese Wahrnehmungen gehen wohl lediglich aus subjectiven Empfindungen hervor und wenn unter gewissen Umständen ihr primitiver Inhalt phantastisch metamorphosirt wird, so treten sie unter den Begriff der Illusion.

Den Fieberkranken werden farbige Punkte zu Flammen, feurigen Augen. Vor epileptischen Anfällen kommen subjective Farbenwahrnehmungen zu Stande; öfter wird roth gesehen und es entsteht die Vorstellung von Blutlachen, rothem Feuerschein; seltener empfinden diese Kranken violett oder blau, ganz vereinzelt endlich grün. Hagen erzählt von einem Epileptiker, der einmal vor der Bewusstseinspause die Vision eines (bayrischen, blau uniformirten) Postillons gehabt haben wollte. Bei Säufern werden die Scotome zu kriechenden Insecten laufenden Mäusen und Ratten, tanzenden Teufelchen etc.; haben sie aber vielerlei Einzelempfindungen von heller Farbe und Glanz, so glauben sie Nadeln, Saatkörner, kleine Münzen oder kleine Gläser Branntwein zu sehen (Barkhausen).

Eigentliche Gesichtshallucinationen sind diejenigen Trugwahrnehmungen, welche gleich vollkommene Bilder, wie sie äusseren Gegenständen entsprechen, vorführen: einzelne Gestalten von Menschen und Thieren, Geräthen, Gegenden, Scenerien und Situationen, welche in einer bestimmten Distanz vom Individuum entweder ruhig an demselben Orte verharren oder sich bewegen und den Platz wechseln. Es werden daneben (natürlich nur bei entsprechender Helligkeit) noch die wirklichen Gegenstände der Umgebung wahrgenommen, entweder so, dass einzelne derselben von der Vision verdeckt sind, oder dass sie durch das transparente Trugbild hindurch gesehen werden. Mehrere Beispiele beweisen, dass Gesichtsphantasmen völlig stabil und einförmig sein können.

Hagen erwähnt eine Kranke, welche fortwährend einen kleinen schwarzen Hund sich nachlaufen sah; ein Kranker Dagonet's gewahrte neben sich anhaltend einen gelb gekleideten Menschen, der ihm befahl, Weib und Kinder umzubringen; Pascal sah nach einem Sturze auf einer Brücke fortwährend einen feurigen Abgrund vor sich, vor welchem er sich so fürchtete, dass er sich an den Möbeln anhielt, um nicht hineinzufallen. Mehrfach ist beobachtet worden, dass Personen, die nach dem erschütternden Eindruck einer Feuersbrunst rasch erkrankten, continuirlich Flammen sahen, die sie zu verschlingen drohten (Esquirol, Sinogowitz).

Unter gewissen Bedingungen können derartige Phantasmen theilweise oder gänzlich zum Verschwinden gebracht werden.

Ein übrigens ganz vernünftiger Mann hatte nach mehrfachen anderen Hallucinationen die Erscheinung eines Skeletts, welche er durchaus nicht beseitigen konnte. Trat eine Person zwischen den Kranken

und den Ort, wohin das Phantasma projicirt war, so sah er über der Schulter der Person noch den Schädel des Gerippes.[1])

Nicht continuirliche Phantasmen sind bisweilen ebenfalls einförmig und kommen durch innere Erregung, vielleicht durch eine Art Erinnerungsvorgang selbst oder durch Anspannung der Aufmerksamkeit auf Gesichtseindrücke, endlich durch Sensationen in anderen Nervenbahnen ausgelöst zum Vorschein.

Ein Mädchen, welches im ehebrecherischen Verkehr mit ihrem Dienstherrn lebte und ihm beigestanden hatte bei dem Morde seiner Frau, bekam im Gefängniss jeden Morgen die Vision der im Sarge liegenden Frau und sah sich selbst nebst dem Mörder dabei, sowie alle Nebenumstände dieser Situation (Droste).

Ein Mädchen, heftig erschreckt durch den Eindruck eines seltsam ausstaffirten Menschen mit rother Mütze, der an einem Knochen nagte, bekommt eine Nervenkrankheit und sieht öfter jene Gestalt vor sich, die beim Hintreten zurückweicht, beim Sehen durch das Fenster vor demselben erblickt wird. Wenn die Kranke bis auf einen Schritt sich der Wand näherte und wenn sie in den Spiegel sah, verschwand die Gestalt gänzlich, stellte sich Jemand zwischen sie und den Ort des Trugbildes, so sah sie nur Theile von demselben, und wenn eine Person gerade an die Stelle des Bildes trat, so schwand dasselbe einmal ganz, das andere Mal rückte es zur Seite (Brach vgl. Fechner a. a. O.).

Bird erzählt von einer Kranken, die nach schlechter Behandlung durch ihren Mann und nach dem Verluste aller ihrer Kinder wahnsinnig geworden war, dass sie Jahre lang an einer Stelle der Wand sass und bald rechts, bald links küsste, indem sie ihre Kinder neben sich sah. — Kahlbaum beobachtete einen Melancholiker, der jedesmal dann, wenn er einen Gegenstand fest ins Auge fasste, die Gestalt oder nur den Kopf seines kürzlich verstorbenen Kindes erblickte.

Dass auch „Reflexhallucinationen“ stabil sein können, beweist eine Beobachtung Schüle's:[2])

Eine Kranke, die vielfache Sensationen hatte, spürte jede Nacht heftige zusammenschnürende Schmerzen im Halse, sah dabei Gesichter, die sie für solche von Hexen hielt, deren eine ihr den Hals zudrückte, um sie zu erwürgen.

Uebergänge von den einförmigen Hallucinationen zu den wechselvollen gibt es mehrere. Schon der Umstand, dass beim allmählichen Verschwinden der stabilen Hallucination (wie in dem Brach'schen und Kahlbaum'schen Falle) Undeutlicherwerden der Conturen, ein Abblassen, eine specifische Farbenveränderung eintreten kann, deutet darauf hin. Schröder van der Kolk hatte bei einer fieberhaften Krankheit Phantasmen, die stabil und wechselvoll zu-

1) Fechner, a. a. O. S. 512.

2) Dysphania neuralgica. Carlsruhe. 1867. S. 131 ff.

gleich waren. Es umgab ihm eine Landschaft mit einer Menge Menschen, die fortwährend wechselten. Drei Tage und drei Nächte hielten diese Erscheinungen an. Als eine Stuhlentleerung erzielt worden war, verschwanden sie, kehrten aber wieder und blieben erst nach einem zweiten Klysma ganz weg. Dazwischen waren aber durch kalte Umschläge auf den Kopf die Phantasmen dahin modificirt worden, dass die visionären Gestalten und ihre Kleider erblassten, ihre Bewegungen langsamer wurden. Zuletzt glaubte Schröder van der Kolk nur noch mattgraue und weisse Statuen zu sehen. So wie die Umschläge ausgesetzt wurden, kehrten die Bewegungen und Farben der Bilder wieder. — Auch Nicolai's Phantasmen bewegten sich langsamer, blassten bis zum Weiss- und Durchsichtigwerden ohne Veränderung der Umrisse ab und verschwanden schliesslich ganz, als eine Blutentziehung am After gemacht worden war. Zu Zeiten wird wohl auch das stabile Phantasma nur bruchstückweise gesehen (Brach). Es kommt auch vor, dass das nämliche Phantasma mit verschiedenen Attributen erscheint.

Eine Melancholische sah sich selbst wiederholt, wenn sie allein die unbewohnten Räume ihres Hauses betrat, in bestimmten Stellungen mit verschiedenen Dingen in der Hand, in verschiedenen Kleidern. Sie gewöhnte sich nach und nach so an diese Selbstvision, dass sie bei der Wiederkehr des Phantasma gleichgültig sagte: bist du schon wieder da? (Wagner vgl. Hagen a. a. O. S. 56).

Auf der Grenze zwischen einförmigen und wechselvollen Hallucinationen stehen auch diejenigen Phantasmen, bei denen die ursprüngliche Trugwahrnehmung sich mit anderen vergesellschaftet.

Ein Geistlicher gewahrt plötzlich beim Schreiben den Kopf eines Knaben über seiner Schulter; er richtet den Blick auf das Phantasma und es ist verschwunden, es erscheint aber sofort wieder, da er von Neuem zu schreiben beginnt. Gleich darauf nimmt er in seinem Zimmer ausser mehreren Knaben noch eine Reihe anderer Personen in verschiedenen Attitüden wahr (Hagen).

Sehr oft ist der Inhalt der Phantasmen stabil aber die Form wechselt; so kann der Religiösverrückte Christus und Heilige in verschiedenen Situationen und Verhältnissen, der Delirirende, der seine gewohnte Umgebung hallucinirt, diese in verschiedenen sich verändernden Verhältnissen sehen, der Hungernde hat Visionen von verschiedenen Gerichten, der sexuell aufgeregte Kranke solche von variabeln lascivem Inhalte etc. So geht die stabile Hallucination sehr leicht in die variabele über. Bei dieser sind ebenfalls die Einflüsse innerer Erregung, functioneller Aufmerksamkeit auf Gesichtseindrücke und anderweitiger Nervenerregung wirksam.

Es gibt Kranke, die nur in der Nacht hallaciniren, oder dann, wenn sie allein sind. Sie sehen dann verschiedenartige Dinge, Personen, Thiere, Blumen, Gegenden, Figuren, denen nichts Bekanntes gleicht. Andere nehmen nur dann die mannigfaltigsten Phantasmen wahr, wenn die Aussenwelt auf ihr Gesicht einwirkt und werden sofort von den Phantasmen befreit, sobald man sie die Augen schliessen lässt oder dieselben zubindet.

Bei den Wüstenhallucinationen, welche gewöhnlich nur in der Nacht auftreten, und Symptome von Inanition, Ermüdung und Ueberreizung der Centralorgane durch Furcht etc. darstellen, sieht der Kranke, meist nur in der Nacht, zumal bei hellem Mondenschein, lange Caravanen, Soldatenzüge, deren Uniformen er zu erkennen meint, sehr schlanke hohe Bäume über sich, welche mit ihrem Laubwerk den Himmel, aber nicht die Sterne verdecken, alles bald so nahe, dass er es glaubt, mit Händen greifen zu können, bald in unendlicher Ferne. Je nachdem er die Augen mehr oder weniger öffnet, sollen die Gegenstände verschiedene Gestalten annehmen (Hirsch, Histor.-geograph. Pathol. II. S. 561).

§ 83. Gehörshallucinationen. Subjective Gehörsempfindungen, wie Summen, Brausen, Klingen im Ohr können vom Bewusstsein ganz richtig beurtheilt werden. Verlegt der Kranke jedoch diese Eindrücke in die Aussenwelt und hört er allerhand Bestimmtes aus diesen subjectiven Empfindungen heraus, dann ist der Bewusstseinsvorgang als Illusion zu bezeichnen.

Itard[1]) erzählt von einer Dame, welche eines Nachts heftig erschreckt worden war dadurch, dass die Vorhänge am Bette ihres einzigen Kindes anbrannten. Sie bekam eine langwierige Nervenkrankheit, die ihr beständiges Ohrensausen hinterliess. Sie appercipirte in dem Geräusche continuirlich das Geprassel der Flammen, welche sie so erschreckt hatten. — Leuret[2]) hat folgende Selbstbeobachtung mitgetheilt: in einer acuten Krankheit ad syncopen zur Ader gelassen, hörte er beim Erwachen aus der Ohnmacht ein Geräusch, wie wenn eine Flasche auf den Tisch gestellt würde, gleich darauf aber ein Brausen, als ob concentrirte Säure auf kohlensaures Salz wirke. Er zankte, dass man so unvorsichtig mit dem Marmortische umgehe und Säure auf denselben fliessen lasse. Die Umgebung versichert, dass so etwas gar nicht geschehen sei. L. erkannte, dass ihm selber das passirt sei, was er so oft an Kranken beobachtet hatte. — Säufer hören nicht selten aus subjectiven Gehörsempfindungen Donner, Regenschauer, Töne musikalischer Instrumente, Glockenläuten u. dergl. m. heraus. — Ein Beispiel phantastisch metamorphosirten hochgradigen

1) Krankheiten des Ohres und des Gehörs aus dem Französ. Weimar. 1822. S. 800. cit. bei Hagen, Sinnestäuschungen. S. 66.

2) Fragmens etc. p. 135.

Venensausens erzählt Moos[1]). Der Kranke hielt seine subjectiven continuirlichen Geräusche für „Gepösel" von Eisenbahnen und Fabriken. Schliesslich ward ihm das so unausstehlich, dass er sich umbrachte. — Auch die subjectiven Geräusche bei acuter Anämie, bei Infectionskrankheiten, Intoxicationen (Chinin!) sowie vor grossen Circulationsstörungen im Schädelraume können derartige Illusionen hervorbringen.

Bei den Gehörshallucinationen handelt es sich dagegen um die Apperception wohlgeordneter articulirter Lautbilder, welche ein intellectuelles Bürgerrecht gleich bei ihrem Auftreten besitzen, weil sie in nächster bestimmter Beziehung zu den Vorstellungen des Kranken stehen. Der Kranke hört bekannte oder auch neugebildete Worte, Sätze in der eigenen oder in fremden Sprachen, er kann die Stimme, die solches spricht als männlich, weiblich, kindlich oder übermenschlich definiren, er hört wohl auch mehrere wohl unterschiedene Stimmen, eventuell solche von bekannten Personen reden, er antwortet seinen Hallucinationen, lauscht um besser vernehmen zu können, geht auf den vermeintlichen Ort des Ursprungs zu, oder richtet das Ohr dahin. Enthalten die Hallucinationen unangenehme Vorstellungen, so hüllt er seinen Kopf ein, rennt herum, um den Gesprächen auszuweichen (wie ich in einem prägnanten Falle beobachtete), oder er will die Dielen und Wände aufreissen, nachdem er sich von der Abwesenheit von Menschen in den nächsten Räumen überzeugt hat; ja er macht wohl bei der Polizei Anzeige über das ewige Gerede um ihn her (Kahlbaum). Andere hören Musik, bestimmte Gesänge, die sie noch einige Zeit wiedergeben können, Concerte, „Sphärenmusik", die sie auf's Höchste entzückt. Ein solcher Kranker, den Barkhausen[2]) beobachtete, glaubte Gesang aus der Erde herauf zu vernehmen und grub deshalb den Boden öfter auf um des Sängers ansichtig zu werden.

Ebenso wenig wie man das „Sehen im Geiste" zu den Gesichtshallucinationen rechnen kann, dürfen die „geistweise" von den Kranken gehörten Worte als Phantasmen genommen werden. Auch die „inneren Stimmen", die der Kranke von der Brust oder dem Abdomen her zu hören vorgibt, welche oft genug wie Befehle zu dem oder jenem, was dem Patienten gerade durch den Sinn geht, referirt werden, sind wohl, wie schon mehrfach (Griesinger, Wachsmuth) hervorgehoben worden ist, nicht Hallucinationen im engeren Sinne. Man darf nur nicht vergessen, dass auch im gesunden Leben Ausdrücke

1) Bericht über die 7. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins (S. a. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI.) S. 10.

2) Barkhausen, Säuferwahnsinn. S. 167.

wie „eine innere Stimme gebot mir dies und das“, mein Herz sagte mir“, alle Tage gebraucht werden; die „Stimme des Gewissens“ und die schlimmen Eingebungen, denen einer „Gehör schenkt“, sind weitere allegorische Bezeichnungen der Art, die noch stark an jene (§ 37 erwähnten) Auffassungen von den eigenen Bewusstseinsvorgängen erinnern, welche dem Menschen auf niederer Stufe eigenthümlich waren. Wenn aber der Kranke behauptet, es werde ihm im Kopfe selbst gesprochen, er denke laut, und so, dass alle es hören könnten, dass man seine Gedanken in statu nascenti gleich allgemein wisse, dass sie ihm vorgesagt würden, so ist schon etwas mehr Wahrscheinlichkeit gegeben, dass nicht sogenannte „psychische“, sondern echte Hallucinationen stattfinden. Berechtigter noch scheint mir eine solche Annahme dann zu sein, wenn die Patienten behaupten, es werde ihnen direct ins Ohr gesprochen oder gar geschrien, oder es sitze im Gehörgang selbst ein kleines sprechendes Wesen.

Einige Beobachtungen machen es wahrscheinlich, dass Gehörshallucinationen continuirlich und dabei völlig einförmig sein können.

So hörte ein von Hagen erwähnter getaufter Jude die zwei Worte: Hepp, Hepp aus allen Ecken und Enden; er zerriss einmal einen alten Rock, weil sie aus den Nähten desselben zu kommen schienen. Einförmig können auch die gelegentlich auftretenden Hallucinationen sein. Kahlbaum hatte einen Kranken, welcher bei jedem Vorfalle, der ihn gemüthlich aufregte, die Worte „Onkel August“ hörte. Er glaubte, dass dieselben aus dem Munde der mit ihm sprechenden Personen kämen, auch wenn diese augenblicklich nichts gesagt hatten. Da diese beiden Worte mit dem gerade vorliegenden Gesprächsthema nichts zu thun hatten, so hielt er sie für eine Verhöhnung (August war sein Name) seiner Person.

Häufig ist der Inhalt der Gehörshallucinationen dauernd derselbe, aber die Form, unter welcher er bewusst wird, wechselt.

So erzählt Esquirol von einem Kranken, der die gleichen Mahnungen und Vorwürfe in den verschiedensten Sprachen hörte, die ihm geläufig waren. Eine ältere Frau, die Kahlbaum beobachtete, hörte fast anhaltend obscöne, unzüchtige Reden in zwei verschiedenen Stimmlagen. Sie schloss daraus, dass ihr zwei Männer, ein älterer mit tiefer und ein jüngerer mit hoher Stimme folgten. Sie machte dem entsprechend Anzeige bei der Polizei, durchsuchte alle Räume und wollte die Mauern aufreissen, um der Schwätzer habhaft zu werden. — Umgekehrt hörte eine Dämonomanische meiner Beobachtung (§ 63) dieselbe Stimme Verschiedenes sprechen; bald ward sie an längst vergessene Widerwärtigkeiten, bald — „zum Hohn“ — an die schönsten Stunden des Lebens von dem Dämon erinnert, der sich stets nur einer Stimmlage bediente.

Es kommen endlich Gehörshallucinationen vor, deren Inhalt und Form fast immer wechselt. Dieses war öfter bei den von Jolly hervorgerufenen schon erwähnten (§ 29) Reflexhallucinationen der Fall. Die Kranken hörten Klänge, Geräusche, Sätze verschiedenen Inhaltes von bekannten oder fremden, männlichen oder weiblichen Stimmen alles durch einander. Doch kam auch hie und da eine geringe Einförmigkeit insofern vor, als sich einzelne Sätze etc. ein- bis zweimal wiederholten.

Als functionelle Hallucinationen des Gehörs muss man diejenigen Phantasmen bezeichnen, welche sich gelegentlich der Wahrnehmungen wirklicher, die Aufmerksamkeit des Kranken erregender, Geräusche einstellen, aber von diesen doch unterschieden werden. Kahlbaum theilt derartige Fälle mit. Die Kranken hallucinirten nur so lange, als sie undeutliche Schalleindrücke percipirten: so wie es ganz still war oder Jemand mit ihnen sprach, kamen keine Phantasmen. Im weiteren Sinne gehören vielleicht in diese Kategorie auch jene Gehörshallucinationen, welche durch Verstopfen des Ohres sistirt werden können; es fällt dann eben die Wirkung der continuirlichen zerstreuten Tagesgeräusche weg. Die Gehörsphantasmen dagegen, welche in der Stille und Einsamkeit oder gerade dann auftreten, wenn der Kranke nicht auf Schalleindrücke der Aussenwelt achtet, und aufhören, wenn er unterhalten wird zumal durch ein ihn interessirendes Gespräch, dürften als erethische Hallucinationen aufzufassen sein. Hierher gehören vor allen die Hallucinationen der Gefangenen in Einzelhaft und die Gehörsphantasmen, welchen ermüdete und geängstigte Reisende in der Wüste, sowie auf dem Meere ausgesetzt sind.

§ 84. Geruchshallucinationen. Da die Geruchsvorstellungen des Menschen im Vergleiche zu den von seinen höheren Sinnen gelieferten Anschauungen äusserst rudimentär sind, ist es auch nicht möglich die subjectiven Empfindungen und die Hallucinationen dieses Sinnes vom symptomatischen Standpunkte aus strenge zu scheiden, d. h. aus dem Inhalte der äusserlich nicht begründeten Wahrnehmung mit Bestimmtheit zu erschliessen, ob dieselbe Reizungen der Olfactoriusbahn oder aber Irritationen letzter centraler Gebilde ihren Ursprung verdanke. Es lehrt nämlich die Erfahrung, dass sehr wohl in Folge von Erkrankungen und Läsionen des Bulbus und Tractus olfactorius, sowie gewisser Stellen der Hirnfaserung dieselben — in der Regel unangenehmen — Gerüche zur Perception gebracht werden können, wie sie Geisteskranke wahrzunehmen angeben. Wenn, um nur einige Beispiele der Art namhaft zu machen, in einem Falle von

Bérard, in welchem es sich um Zerstörung beider Olfactorii durch einen Tumor handelte, unangenehme Gerüche percipirt wurden, so dürfen wir wohl annehmen, dass Irritation in der Olfactoriusbahn bestanden und Wahrnehmungen aus subjectiven Empfindungen hervorgingen, wie ja auch die sog. „Hallucinationen" der Blind- und Taubgewordenen, wohl fast immer Wahrnehmungen dieser Art sind. In einem Falle von Sinogowitz[1]), der mehrfach als Beispiel von Geruchshallucinationen genannt wird, handelte es sich um einen Melancholiker, welcher den Wahn hatte, innerlich zu faulen, weil er einen Geruch nach Pferdeurin fortwährend verspürte, es bestand Anosmie, ein Defect der dem Kranken sehr wohl bekannt war. In mehreren anderen Fällen war wenigstens die objective Geruchswahrnehmung unvollkommen, indessen äusserlich nicht begründete Gerüche theils dauernd, theils vorübergehend percipirt wurden. Darf man jedenfalls diese Beispiele nicht ohne weiteres als solche von Geruchshallucinationen ansprechen, weil Reizungen im Verlaufe der Nervenbahnen bis zum Centrum den Wahrnehmungen zu Grunde gelegen haben können, so wird man auch hinsichtlich der bei Epileptikern[2]) nicht ganz selten und zwar vor den Anfällen auftretenden Geruchsempfindungen, mögen sie einfach als unangenehme, indifferente oder specieller als Gerüche, wie Majoran, Leichengestank etc. definirt werden, wohl annehmen dürfen, dass auch ihnen solche Reizungen der Olfactoriusbahn zu Grunde liegen können; wir wissen, dass bei diesen Kranken ganz äquivalente Irritationserscheinungen als Auraformen im Bereiche des Opticus und Acusticus vorkommen; die sehr einfachen Empfindungen, welche sie zum Inhalte haben, wird man nicht auf centrale Reizung zurückführen.

Wie leicht aus anfangs einfachen oder unbestimmten Empfindungen sich nach und nach bald schneller, bald langsamer bestimmtere Trugwahrnehmungen entwickeln können, haben wir schon öfter erwähnt. Dies findet auch nicht selten bei den innerlichst im Kranken angeregten Geruchsempfindungen statt.

Leubuscher[3]) beobachtete einen Religiös-Melancholischen, welcher öfter in Aufregungsparoxysmen mit hochgradiger Angst verfiel und Hallucinationen und Illusionen des Gesichtes hatte, die seinen Vorstellungen von Hölle und Teufel entsprachen; in einem solchen An-

1) Einen in vieler Beziehung analogen Fall hat Bottex a. a. O. S. 19 mitgetheilt.

2) vgl. hierzu besonders W. Sander Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 234 ff., woselbst auch Literaturangaben. — Griesinger, Ges. Abhandl. I. S. 119.

3) Virch. Archiv Bd. II. S. 61 ff.

falle behauptete der Kranke, er sei selbst der Teufel: jetzt roch die Luft, welche ihm früher nur dick und schwer und voll von unreinen schädlichen Dünsten zu sein schien, nach Schwefel. Später gestand er, dass er damals fest überzeugt gewesen sei, der Hölle schon anheimgefallen zu sein.

Falret hatte eine Kranke, welche in jedem Anfalle von (periodischer) Manie übele „giftige" Gerüche und nur erst später einmal gelegentlich einer solchen Attaque Leichengestank wahrnahm.

Diese Fälle beweisen natürlich noch nicht, dass wirkliche Hallucinationen des Geruchs vorhanden waren, denn die anfangs unbestimmten Empfindungen erhielten erst im Verlaufe der psychischen Störung deutlichere Charaktere, sie wurden später phantastisch appercipirt, waren also eigentliche Illusionen. Leubuscher hebt ja schon hervor, dass dem Kranken sich bereits vorher der Gedanke an den Teufel aufgedrungen habe ehe er den „Schwefelgeruch" wahrnahm, dem früher allerhand andere Gerüche äquivalent gewesen waren. Falret berichtet, seine Patientin habe offenbar von dem dumpfen Ton, welchen die Doppelthür ihrer mit Holz ausgeschlagenen Zelle beim Zuschlagen gab, die Idee eines Kerkers concipirt und sei auf diesem associativen Wege zur phantastischen Apperception von Leichengeruch gelangt, während sie früher nur „giftige Gase" roch. Ganz dieselben Möglichkeiten liegen auch bei einem schon von Peter Forest[1]) erwähnten Falle vor, in welchem es sich um einen durch Fasten und Grübeln geschwächten, aufgeriebenen Religiös-Verrückten handelte, der den Teufel in seinem Zimmer zu sehen glaubte und nun nichts als Feuer und Schwefel roch. Auch ein Beispiel das Esquirol anführt, deutet nicht unbedingt auf wahre Hallucinationen des Geruches hin. Eine Phthisische riecht fortwährend Kohlendampf und glaubt erstickt werden zu sollen. Natürlich hatte sie Athemnoth und es lag sehr nahe etwaige subjective Geruchsempfindungen als Geruch von Kohlendampf zu deuten, wenn nicht gar die ganze Wahrnehmung lediglich eingebildet war[2]). Dass so etwas auch in Bezug auf Gerüche vorkomme, machen mehrere Beobachtungen wahrscheinlich. So sagte ein Kranker Esquirol's, der bisweilen an Dyspnoë litt: „ich weiss nicht, was in der Luft steckt, aber ich kann nicht athmen, sie muss mephitische Ausdünstungen enthalten, durch welche ich am Athmen verhindert werde.

1) cit. bei Hagen, Sinnestäuschungen S. 81.

2) Einen ähnlichen Fall erzählt auch Brierre de Boismont a. a. O. p. 100: Nous avons eu dans notre établissement une dame, qui à la suite d'une tentation d'asphyxie sentait partout l'odeur du charbon; elle se bouchait le nez, respirait de vinaigre, cet odeur la suivait toujours.

Der Patient hatte also weder eine Hallucination noch eine Illusion, sondern er verlegte nur die Ursache seiner Dyspnoë in die Aussenwelt (Urtheilstäuschung). Sinogowitz berichtet von einem Kranken, welcher bald soweit gebracht wurde, dass er frug, ob er einen widerlichen Geruch verbreitete. Er war von der allseitig negativen ausfallenden Antwort sehr befriedigt — offenbar also lag pure Einbildung und nicht Trugwahrnehmung vor.

Bei genauerem Zusehen dürfte sich demnach vielerlei, was als Geruchshallucination schlechthin bezeichnet zu werden pflegt, in phantastisch appercipirte subjective Empfindung oder in Einbildung auflösen. Es ist aber doch mehr als wahrscheinlich, dass auch wirkliche Geruchshallucinationen vorkommen[1]). Lassen wir auch mit Henle unentschieden, ob die Nachempfindungen, welche nach heftigen, zumal widerlichen Gerüchen wiederholt für kurze Zeit auftauchen, reine Gedächtnissbilder sind — oder von Resten der Riechstoffe in der Nase selbst angeregt werden, für deren Wirkung bald die Empfänglichkeit erschöpft, bald wieder belebt ist — eine Selbstbeobachtung des nämlichen Autors weist darauf hin, wie von der Vorstellung aus Geruchsphantasmen entstehen können, bei denen die sinnlichen Elemente ungewöhnlich stark bewusst werden.

Henle berichtet nämlich, dass er in seiner Jugendzeit gelegentlich physikalisch-mathematischer Studien bald schwächer, bald deutlicher den eigenthümlichen Geruch vom Athem eines Schulkameraden gespürt habe, mit welchem er die genannten Fächer zum Abiturientenexamen durchgemacht hatte.

Michéa kannte einen Studenten, der längere Zeit Copaivabalsam genommen hatte und noch lange nach der Cur beim Gedanken an diese Substanz den specifischen Geruch und Geschmack derselben empfand, dabei auch den Ekel und das Würgen wie ehedem, welche mit Erbrechen endigten.

Man würde also wohl noch am ehesten auf Geruchshallucinationen schliessen dürfen, wenn bei Personen, deren objective Geruchsempfindung ganz normal ist, die Phantasmen gleich ausgebildet gelegentlich gewisser psychischer Vorgänge sich einstellten, d. h. wenn sich

1) Die von Cloquet (Osphrésiologie, Paris 1821. p. 370 u. Dict. des sciences méd. T. XXXVII. p. 245) erwähnte experimentelle Beobachtung Dupuytren's: dass ein Hund nach Injection von riechender Substanz (liquide odorant) in die Venen die Nasenflügel öffnete, den Kopf hob und herumlief als suche er nach der Quelle des Geruches, beweist natürlich nicht, dass centrale Erregung stattfand. Durch weitere Versuche könnte aber vielleicht festgestellt werden, ob vom Blute aus subjective, vom Centrum appercipirte Empfindungen oder wirkliche Hallucinationen veranlasst zu werden vermögen.

nicht erst aus vagen und mehrdeutigen Empfindungen die bestimmtere Trugwahrnehmung herausbildet.

Leuret erzählt von einer Frau, welche alle gebotenen Gerüche präcis wahrnahm und unterschied; dabei hatte sie Trugwahrnehmungen von Leichengestank, welche mit gewissen Gehörshallucinationen von Geschrei und Wehklagen correspondirten. Sie wähnte, dass im Keller der Salpetrière täglich viele Männer und Frauen (verschiedene Stimmen gehört!) umgebracht und dann als Leichen daselbst verscharrt wurden.

Ich kenne einen intelligenten jungen Mann mit tadelloser Geruchsempfindung, dem sich nur dann, aber jedesmal, wenn er auf dem Balle war, ein specifischer Achselschweissgeruch aufdrängte, obwohl er seine Achselhöhle, die er deshalb sorgfältig reinigte, bei dieser Gelegenheit ganz trocken fand.

§ 85. Geschmackshallucinationen. Ganz dasselbe, wie für die Geruchshallucinationen gilt auch für diejenigen des Geschmacks. Wir vermögen sie symptomatisch nicht von den subjectiven Empfindungen des Sinnes zu unterscheiden. Objectiven, aber schwierig von den letzteren zu trennenden Empfindungen leistet ja schon die anatomische Beschaffenheit des peripherischen stets feuchten und mit chemischen Substanzen in fortwährende Berührung kommenden Organes Vorschub und der Möglichkeiten, dass die Geschmacksnerven zudem in ihrem Verlaufe gereizt werden, sind sehr viele. Die bittern, salzigen, metallischen, fauligen, sauren, süssen, faden, pappigen Geschmacksempfindungen, welche bei fieberhaften Krankheiten, Vergiftungen (Blei) Dyskrasien (Cholämie) etc. beim Galvanisiren am Halse und Kopfe auftreten, sind wohl ausnahmslos auf Reize der peripherischen Endigungen oder der Stämme der geschmacksvermittelnden Nerven zurückzuführen. Auch Nervenkranke, Hysterische, Hypochonder, Epileptiker vor dem Anfalle (Sander) haben bisweilen ähnliche Perceptionen[1]).

Ob man in der That mit E. Rose und Wernich[2]), die nach Santoningebrauch und nach Morphiuminjectionen bei heruntergekommenen Individuen und im Zustande der Inanition eintretenden spontanen Empfindungen bitteren Geschmackes auf centrale Erregungen zurückführen dürfe, mag vor der Hand dahingestellt bleiben.

Wenn man für wirkliche Geschmackshallucinationen jene spär-

1) Sander a. a. O. S. 242.

2) E. Rose, Virch. Arch. XXVIII. 1863. S. 30 ff. — Wernich, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. II. S. 175. — Cloquet (a. a. O.) sagt bereits: Dupuytren, ayant injecté du lait dans les veines d'un chien, a vut cet animal exercer les mouvements qu'il aurait executés si la fluide favoureux eût été en contact avec sa langue.

lichen Beispiele von Geisteskranken anführt, welche köstliche Mahlzeiten oder auch ekelhafte Dinge zu verzehren wähnten und dabei Lob und Tadel über die einzelnen wechselnden Empfindungen in Mienen und Worten ausdrückten, so handelt es sich offenbar gar nicht um spontane Geschmackswahrnehmungen allein, sondern es sind eben — ist nicht alles pure Einbildung — auch Tastempfindungen jedenfalls mit im Spiele. Der Kranke muss, um zu diesem Wahne zu kommen, doch auch Empfindungen in der Mundhöhle haben, welche die mechanischen Wirkungen der geschmeckten Bissen vortäuschen. Meint ein Verrückter (wie in einem Fall von Esquirol) im Garten herumspazierend (!) an einem glänzenden Diner theilzunehmen, so gehören unbedingt nicht allein Täuschungen der Tastnerven (Mundhöhle etc.), sondern auch noch Hallucinationen des Gesichtes, vielleicht auch des Geruches und Gehörs dazu um die complicirte Trugwahrnehmung zu Stande zu bringen. In wieweit hierbei subjective Empfindungen phantastisch metamorphosirt werden, was blosse lüsterne Einbildung dabei thut, ist gar nicht zu sagen.

Ein Beispiel, bei welchem wenigstens einige Wahrscheinlichkeit gegeben ist, dass Geschmackshallucinationen, Trugwahrnehmungen complicirter Geschmäcke (natürlich wohl kaum ohne entsprechende Tastperceptionen) stattfanden, ist folgendes:

K. Berthold, 39 Jahr alt, aus B., trat am 19. Mai 1871 in die med. Klinik (Jena) wegen eines stenosirenden Pyloruscarcinoms ein. Es war bedeutende Dilatation des Magens vorhanden, der Kranke hatte schon wochenlang fast alles erbrochen und war aufs Aeusserste abgemagert. Bei regelmässiger Magenausspülung gelang es des Erbrechens Herr zu werden. Kleine Mengen von passenden Nahrungsmitteln behielt er bei sich, magerte jedoch rapide ab und wurde so schwach, dass er das Bett nicht mehr verlassen konnte. Bald kamen nun auch Delirien (der Kranke war früher starker Potator). Eines Morgens fanden wir ihn mit der heiter-lächelnden Miene des Genusses Kaubewegungen machend, ab und zu schluckend, zeitweise nach der Bettdecke greifend und die Hand zum Munde, ja ein Stück weit in diesen hineinführend. Während er undeutlich vor sich hin schwatzte, hatte man den deutlichen Eindruck, als spreche er während wirklichen Kauens von Substanzen; ein Griff in den Mund belehrte uns vom Gegentheil. Dieses eigenthümliche Spiel dauerte Stunden lang mit allen Einzelheiten fort. (Eigene Beobachtung, vergl. auch D. Arch. f. kl. Med. Bd. XI. S. 316.)

Barkhausen erzählt, dass ein Säufer, der vielfache specifische Hallucinationen hatte, eines Tages mit dem Löffel in der Hand sich vor einen Tisch setzte, auf welchem eine Bibel aufgeschlagen lag. Er hielt dieselbe für eine Schüssel mit Speisen, löffelte eine ganze Zeit lang unaufhörlich aus derselben und wiederholte dabei mehrmals,

dass der Fisch sehr schlecht schmecke. (Barkhausen, Der Säuferwahnsinn, S. 173.)

§ 86. Die Hallucinationen des Tastapparates und der sensiblen Nerven lassen sich gleichfalls nicht von den subjectiven Empfindungen dieser Bahnen unterscheiden. Dass die grosse Mehrzahl aller hierher gerechneten Phänomene peripherische Empfindungen sind, die nur phantastisch appercipirt oder lediglich falsch aufgefasst werden im Sinne gewisser Wahnvorstellungen der Kranken, darüber dürfte wohl kaum ein Zweifel herrschen.

Wenn zum Beispiel ein Hypochonder eine einfache Horripilation für Fieberfrost, eine hysterisch-Verrückte Sensationen im gespannten Leibe für Kindsbewegungen, oder Dämonomanische ein Klopfen im Kopfe, das Palpitiren des Herzens, die Bewegungen der Därme für Lebensäusserungen von innen sitzenden Wesen halten, so handelt es sich um subjective Empfindungen, die an sich ganz richtig percipirt sein können, aber eine sehr abenteuerliche Beurtheilung erfahren, welche den sonstigen Vorstellungen der Kranken entspricht.

Jene allbekannten, unendlich häufigen und sehr variabelen Behauptungen der Kranken, es werde an ihnen gezupft, elektrisirt, gestochen, geschnitten, oder es sei dieser oder jener Körpertheil abgestorben, von Holz, Glas, Butter etc., fernerhin die Vorstellungen des Schwebens, Fliegens, Festgebannt-, Angewachsenseins, in Flammen zu stehen, zu erfrieren u. dgl. entspringen wohl aus subjectiven Sensationen, aus Neuralgien, Paralgien und Anästhesien in der Haut und den Muskeln, die aber in Folge centraler Störungen phantastisch appercipirt werden.

Einige Erfahrungen sprechen aber unabweislich dafür, dass auch im Bereiche der Tast- und sensibeln Nerven wahre Hallucinationen vorkommen können. Es gibt Empfindungen, und diese werden auch mit lebhaften Gefühlen betont, welche lediglich von der Vorstellung aus zu Stande kommen. Gewiss werden Viele im Momente, da ihrer Brust rasch ein spitziges Instrument nahe kommt, an der Stelle, wo es einstechen müsste, wenn kein Einhalt geschähe, eine bestimmte blitzartige Empfindung mit mehr oder weniger deutlichem Schmerze haben. Henle sagt: es gebe nur Wenige, die wenn ihnen ein Hund dicht an den Fersen nachkläfft, nicht von einem schmerzhaften, oder doch dem Schmerze sehr nahe verwandten zusammenziehenden Gefühl in der Wade ergriffen würden, und an einem anderen Orte fragt er: „Wer hat nicht schon die Empfindung von Regentropfen im Gesicht und Händen gehabt, wenn er Regen vermuthete?“ Bekannt

sind die Empfindungen am Nasenrücken, wenn man selbst oder eine fremde Hand einen ihrer Oberfläche nahen Gegenstand auf- und abbewegt. Und so ist es denn auch wohl denkbar (obgleich niemals der sichere Beweis beigebracht werden kann), dass nicht pure Einbildung ohne jegliche peripherische Sensation, sondern Hallucinationen im strengen Sinne dann vorliegen, wenn Psychisch-Kranke gelegentlich eines Eindruckes oder einer Erinnerungsvorstellung behaupten, die adäquaten Empfindungen wirklich zu haben, auf welche jene Vorstellung hindeutet. H. Neumann beobachtete eine Frau, welche angeblich, sobald etwas an der Thür kratzte, gleich ein Kratzen empfand, wenn etwas geschnitten wurde, gleich den Schnitt fühlte, überhaupt jede schmerzhafte Empfindung, von der sie sprechen hörte, gleich an sich empfand. Ich lasse dahingestellt, ob die völlig baroken Aeusserungen zweier verrückter Kranken, von denen Kahlbaum erzählt, ebenfalls auf wirkliche Phantasmen (Reflexhallucinationen) hindeuten: Was spinnst Du mich, was nähst Du mich da ein, Ihr brennt mir ja das Herz aus, sagte die eine, wenn sie ein Nähzeug, ein Spinnrad im Gange oder ein Feuer brennen sah, und wüthend riss sie das Feuer auseinander; die andere aber sprach öfter beim Ausschöpfen der Suppe: was schöpft Ihr mich da aus, ich muss ja bei lebendigem Leibe verkommen. Falret ist geneigt die Integritätsgefühle der Amputirten, die nach der Operation fortdauernden Schmerzen der Steinkranken u. dgl. mehr als „hallucinations internes“, aufzufassen (d. h. als Effecte starker Einbildung: imagination surexcitée). (Vgl. auch: Griesinger, Ges. Abh. I. S. 143.)

§ 87. Phantasmen mehrerer Sinne zugleich oder besser gesagt sehr schnell nach einander, kommen sehr häufig vor. Es liegt in der Natur der Sache, dass in solchen Fällen die Erkenntniss, dass Trugwahrnehmungen stattfinden, erschwert oder aufgehoben wird. Der Mensch ist nun einmal gewöhnt, sich auf das, was ihm die Sinne zur Wahrnehmung bringen, als wie auf etwas thatsächliches zu verlassen und kommt einmal von selbst der Zweifel über die Wirklichkeit einer sinnlichen Apperception, so ist das einfachste Mittel einen andern Sinn die Controle des einen vornehmen zu lassen. Sieht z. B. Jemand eine Gestalt und fasst er, nach ihr greifend, ins Leere, so kann das Truggebilde leicht als solches erkannt werden. Ebenso ist es, wenn der Geängstete hinter sich schlürfende Schritte zu hören glaubt und sich umdrehend einen Halm oder ein dürres Blatt gewahrt, das an seinem Fusse haftet, oder wenn einer im Dunkeln sich plötzlich am Arme gepackt wähnt, bei Lichte aber

keine Person wahrnimmt, sondern bemerkt, dass sein Aermel irgend wo hängen geblieben ist.

Wenn dagegen zu Visionen von Gestalten sich Gehörsphantasmen hinzugesellen, so dass der Hallucinant Rauschen oder Flüstern, Tritte, Worte von ganz specifischem Inhalte hört, wenn umgekehrt erst ein Rascheln nachher eine gespenstische Gestalt, zuerst Musik, dann auch Musikanten wahrgenommen werden, wenn gar der Teufel sowohl mit Getöse als mit Schwefelgeruch leibhaftig erscheint, so ist an eine Correction der Sinnestäuschungen eben wegen ihrer Mannigfaltigkeit gar nicht mehr zu denken (vgl. auch § 86).

Am Schlusse unserer Betrachtungen über die Phantasmen müssen wir noch hervorheben, dass ein durchgreifender Unterschied zwischen Illusion und Hallucination nicht besteht. Die Trennung beider Formen von Sinnestäuschungen dient ja nur zur leichteren Orientirung auf diesem schwierigen Gebiete (§ 71). Sofern die Täuschung über sinnlich wahrgenommene Dinge und Vorgänge in der Aussenwelt oder über subjective Empfindungen nicht reine Urtheilstäuschung ist, beruht sie allemal auf einer durch centrale Erregung hervorgebrachten Verfälschung des Apperceptionsprocesses: indem gelegentlich der Verarbeitung sinnlicher Empfindungen zu Wahrnehmungen augenblicklich Rindenelemente, die gewisse ähnliche Erinnerungsbilder vermitteln, in lebhafte Irritation versetzt werden, vermischen sich mit der neuen Wahrnehmung bestimmte wieder mit übermässiger Schärfe zum Bewusstsein gebrachte Bestandtheile früherer Wahrnehmungen. Die physiologische peripherische Reizung geht hier der psychischen Irritation voraus. Sie bildet die günstige Gelegenheitsursache zur Entstehung eines Phantasma (Wundt). Bei der Hallucination sind es meistens psychische Reize, nämlich lebhafte Vorstellungen mit Gefühlen oder örtliche Krankheitsreize, welche die Vermittler von Erinnerungsbestandtheilen so stark erregen, dass auch ohne den Einfluss eines von der Peripherie herkommenden Reizes eine, sinnliche Anschauung vortäuschende, Bewusstseinserregung entsteht. In diesem Falle geht die psychische Erregung der physiologischen voraus (Wundt); hie und da erscheint das Phantasma ganz spontan. Zwischen Illusion und Hallucination besteht daher nur ein ätiologischer Unterschied, der centrale Vorgang selber ist bei beiden der nämliche. Leubuscher, Griesinger, Wachsmuth, Kahlbaum u. A. haben das bereits betont und auch die Bezeichnung „unvollständige Hallucination" für Illusion, welche Gratiolet gebrauchte, deutet auf diesen Sachverhalt hin. Illusionen und Hallucinationen kommen daher, wie die alltägliche Erfahrung lehrt, auch

neben einander bei denselben Individuen sehr gewöhnlich vor. Man kann sagen, die erstere repräsentire die mildere Form der centralen Störung, bei der die innere Erregung zur Erzeugung eines Phantasma nicht ausreicht, sondern noch des Anstosses von der Peripherie her bedarf (Kahlbaum), während die Hallucination eine energischere centrale Irritabilität anzeige, in Folge welcher schon der schwächere Vorstellungsreiz ein Phantasma hervorzubringen befähigt ist.

Phantasiemangel (Aphantasia).

§ 88. Ungleich weniger als über die Steigerung phantastischen Vorstellens lässt sich über die Phantasiearmuth sagen. Es wurde früher erwähnt, dass es kaum möglich sei mit Bestimmtheit zu erkennen, wie lebendig und plastisch ein Anderer bildlich vorstellt, wenn nicht besonders günstige Verhältnisse obwalten (§ 70). Nur aus gewissen Leistungen kann man daher wie ihre Steigerung so die relative Beschränkung der Phantasie erschliessen. Es gibt, wie Maudsley richtig bemerkt, Menschen, die bei Schilderungen von Ereignissen, Gegenden etc. Bilder entwerfen, denen „die Seele fehlt“, worin eben das Charakteristische auf Kosten des Nebensächlichen nicht hervorgehoben, in denen vielmehr eine copiehafte Aufzählung der Einzelheiten neben einander enthalten ist, aus welcher sich natürlich Niemand ein Bild des Beschriebenen machen kann. Wenn irgendwo, so beweist sich hier der Satz, dass jedes Erinnerungsbild zugleich Phantasiebild ist (§ 69). Bei solchen Personen findet eben die normale Schematisirung, so zu sagen die Neuerschaffung des Erinnerungsbildes, welche dasselbe erst plastisch, ausdrucksvoll und wirksam macht, nicht statt: die Erinnerungsbestandtheile kommen alle gleichberechtigt neben einander zur Darstellung. Und ebenso geht es zu, wenn solche Leute etwas gar nicht wirklich Angeschautes, Angehörtes schildern, sie setzen dann Bestandtheile einzelner heterogener Erinnerungsbilder wiederum einfach zusammen, die eine Allgemeinvorstellung, ein Schema beim Hörer nicht anzubilden vermögen. Man wird finden, dass in den Schilderungen der Schwachsinnigen dieser Mangel an Plasticität des bildlichen Vorstellens noch viel stärker hervortritt, wenn sie complicirteren Vorstellungsinhalt rasch wieder geben sollen. Dabei können trotzdem die kleinen Leistungen der Phantasie selbst ganz gut sogar im Vergleiche zu jenen höheren Producten überraschende sein, wie sich in der Production von gewissen (unbedeutenden) Kunstwerken zu erkennen

gibt, wozu ja nicht selten Schwachsinnige, selbst Idioten einseitig talentirt sind[1]) (§ 10).

Sofern Bewegungsakte nicht nur Erinnerungs-, sondern auch Phantasiebilder der zukünftigen Stellungen unserer Glieder voraussetzen — letztere natürlich allemal dann, wenn eine bis dahin noch nicht vollzogene Bewegung intendirt wird — versteht sich von selbst, dass auch beim Verlernen gewisser Kunstfertigkeiten nicht lediglich Erinnerungsschwäche, sondern auch Phantasiemangel mit im Spiele sein kann. Man kann ja Fertigkeiten in zweifacher Weise verlernen. Einmal völlig, so dass selbst häufig wiederholte Bewegungen, die deutliche Erinnerungsbilder hinterlassen haben, unausführbar werden, dann aber auch partiell insofern als nur ähnliche, aus einzelnen Bestandtheilen fest sitzender Bewegungserinnerungen gebildete, neue Vorstellungen dieser Art unmöglich werden. So ist denn die Unbeholfenheit in ungewohnten Situationen von der Ungeschicklichkeit in früher leicht und spielend ausgeführten Bewegungsacten noch sehr wohl zu unterscheiden: Jene ist die leichtere, vorangehende Störung des phantastischen, diese die nachfolgende schwerere Läsion des lediglich reproducirenden Vorstellens. Was für diese Bewegungsvorstellungen gilt, das trifft auch auf die bildlichen Vorstellungen im Allgemeinen zu: verfallenden Künstlern, mögen sie der Schöpfung von plastischen oder von Tonbildern obliegen, kommt früher die phantastische Production von neuen Objecten abhanden, als die Fähigkeit Gewohntes einfach zu reproduciren. Es bedarf keines Wortes, dass geisteskranke Dilettanten sich analog verhalten müssen, obwohl bei ihnen wegen der toleranten Voraussetzungen alles viel vager bleibt, wenn wir sie nicht vorher hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit geprüft haben.

Im Allgemeinen ist über die Armuth der Phantasie bis jetzt recht wenig bekannt geworden. v. Feuchtersleben (a. a. O. S. 257) erwähnt nur flüchtig diese Störung, indem er sagt, „eine krankhafte deprimirte Phantasie, meist mit Amnesie verbunden, liefert dumpfe oder keine Bilder". Griesinger sagt von den Epileptisch-Geisteskranken: „Das Gedächtniss nimmt ab, das Vorstellen wird träge, die Phantasie verliert ihren Farbenreichthum, ihre Innigkeit und Wärme." — Es deuten jedoch mehrfach hervorgehobene Thatsachen, dass bei Schwach- und Blödsinnigen Mitleid und Mitfreude fehlen (d. h. dass sie sich in fremde Zustände nicht hineinversetzen können), dass bei

1) So erzählt Griesinger (Path. u. Ther. d. psych. Krankh. S. 377) er habe in der Idiotenanstalt Earlswood einen jungen Menschen gesehen, der ein hübsches grosses Modell eines Kriegsschiffes ganz allein gebaut hatte; er war sehr beschränkt und hatte namentlich keinen Begriff von Zahlen.

diesen Kranken Hallucinationen und Illusionen verhältnissmässig selten werden und schliesslich ganz aufhören, indirect darauf hin, wie Phantasieschwäche kein so seltenes psychopathisches Phänomen sei.

Anomalien im Verlaufe und der Association der Vorstellungen, combinirte Vorstellungs-, Denkstörungen.

§ 89. Im Vorhergehenden wurden Störungen des Vorstellens besprochen, welche als Anschauungs- und Einbildungsanomalien bereits kurze besondere Abschnitte des gestörten Vorstellungsverlaufes bilden. Bald schärfer, bald undeutlicher traten aber schon bei jenen Vorgängen Anomalien der höheren Vorstellungsprocesse, Störungen des Denkens hervor; diese letzteren nun sind es, mit denen wir im Folgenden uns zu beschäftigen haben. Da das Denken heute nicht mehr als die Wirkung einer besonderen Kraft betrachtet, sondern aus der Wechselwirkung der Vorstellungen unter einander erklärt wird, dürfen wir die in Rede stehenden Anomalien als Störungen im Verlaufe und der Association der Vorstellungen im engeren Sinne bezeichnen (wobei wir stets im Auge behalten, dass im weiteren Verstande auch Anschaungs- und Einbildungsanomalien dahin gehören).

Die Succession der Vorstellungen nach den Principien der Verwandtschaft und der associativen Gewöhnung wird beim heranwachsenden Menschen durch die Bildung von Allgemeinvorstellungen und Begriffen vielgestaltiger und immer vollkommener; hauptsächlich geleitet von den zuerst mechanisch eingeprägten, sodann allmählich verstandenen Elementen der Sprache, welche lautliche Verkörperungen der Begriffe, ganze Vorstellungsreihen und ihre Verhältnisse zu einander in Frage, Antwort kurz in Form von Schlüssen und Urtheilen einführten, bildet sich die Association der Vorstellungen immer mehr zum abstrakten Denken aus. Einfach bildliche Vorstellungsreihen, nach Verwandtschaft an einander geschlossen oder im Sinne associativer Gewöhnung ablaufend, wie sie zweifelsohne den ersten Anfang des Vorstellungsverlaufes bei kleinen Kindern repräsentiren, sind auf dieser Stufe des geistigen Lebens gar nicht mehr möglich; selbst im Schlaf und in verwandten Zuständen, in denen doch das bildlich-phantastische Vorstellen (nach den Gesetzen der Aehnlichkeit und associativen Gewöhnung) wieder die Oberhand gewinnt, kommen immer auch Schlüsse und Urtheile, ja längere Gedankenzüge zu Stande. Wie aber im Ganzen auch die sinnlich-reproductive (phantastische) Vorstellungsweise gegen die Denkprocesse deutlicher

zurücktritt, nach wie vor noch nimmt der Vorstellungsverlauf hauptsächlich seinen Anfang in der Sinnlichkeit d. h. als Wahrnehmungsprocess, den man selbst schon als Erkenntnissvorgang bezeichnet hat. In die sich hieran schliessenden Gedankengänge, die so oft in Form von Sätzen ablaufen, dass Manche Denken überhaupt mit innerlichem Sprechen identificiren, flechten sich fast stetig Erinnerungs- und Phantasiebilder ein, an denen die abstracten Begriffe „denkend veranschaulicht" werden. Auch das von Sinnlichkeit anscheinend völlig freie Denken kann, wie es langsam aus der sinnlichen Erfahrung mit Hülfe der Reproduction sich entwickelte, ohne eine Uebersetzung des Abstracten, Begrifflichen ins Concrete oft genug seinen Fortgang gar nicht nehmen, ja man hat behauptet, es erzeugten die Begriffe selbst geradezu ein schematisches und unbestimmtes Phantasiebild im Momente, da sie (in ihrem Lautsymbol) bewusst werden. Natürlich ist eine solche die höchsten Vorstellungsprocesse betreffende Angabe aus rein persönlichen Beobachtungen hervorgegangen.

Dass der Vorstellungsapparat zu Folge continuirlicher Uebung im hohen Grade selbstständig arbeite, ergibt schon die Betrachtung der Anschauungs- und Reproductionsvorgänge, deren Ablauf man ja selbst dann nicht hindern kann, wenn er wirklich lästig wird. Erziehung und Unterricht bringen es soweit, dass nicht minder die Wechselwirkungen der Vorstellungen, das Denken selber wenigstens bis zu einem gewissen Grade spielend und dabei gesetzmässig genau von Statten gehen[1]). Deshalb schliessen sich die Associationen zwischen den Gliedern ganzer grosser Vorstellungsmassen, die alle unter einander verwandtschaftliche Beziehungen haben und häufig in den verschiedenartigsten Verbindungen (assoc. Gewöhnung) wiedergekehrt sind, mit so ausserordentlicher Leichtigkeit. Wie die complicirtesten Muskelbewegungen durch Uebung zur mechanischen Fertigkeit werden, so auch ist es mit dem Ablauf von häufig wiederholten Vorstellungsreihen und Gedankengängen. Die von selbst sich bildende begriffliche Ordnung in dem Erinnerungsmaterial, welches diese Vorstellungsprocesse hinterlassen, kürzt naturgemäss das Denken immer mehr und mehr ab, sie „verdichtet" es so, dass eben nur die Hauptsachen und die Resultate, nicht aber die Details

1) Insofern hat allerdings das Denken immer etwas künstliches (Lazarus) bei jedem erzogenen Individuum überhaupt; selbst bei den Thieren, denen die Mutter den Fang des Futters beibringt, ist noch etwas anologes vorhanden. Natürlich kann das Denken immer nur in gewissem Sinne sein: beim Genie wie beim Wahnsinnigen, die sich in dieser Beziehung vergleichen lassen, tritt das Natürliche gegen das Künstliche hervor.

der gewissen früheren Denkprocessen analogen (Assoc. durch Verwandtschaft) Vorstellungsreihe im Einzelfalle wieder zum Bewusstsein kommen. Dass auch diese höchsten Vorstellungsprocesse mit der Zeit wie von selber, ohne unser Zuthun („unbewusst") sich abspielen, ist ja ganz bekannt: treffend spricht man von Schlüssen und Urtheilen, welche in den Einzelheiten dunkel, aber im Resultate vollkommen klar und richtig durch Takt, Gewissen, Principien etc. eingegeben wurden. Hier tritt wie nirgends das Gewohnheitsmässige auch im Denken und Erkennen hervor, immer handelt es sich um Schlüsse, deren formelle Bestandtheile durch associative Gewöhnung ganz geläufig geworden sind. Dass es bestimmte intellectuelle Gefühle sind, welche die Verwandtschaft zwischen der neuen von aussen angeregten Vorstellungsreihe mit früher abgelaufenem, — hauptsächlich eben dem Gefühlstone nach ähnlichen — vermitteln, beweisen schon die Bezeichnungen Takt etc.

Es ist schon früher wiederholt darauf hingewiesen worden, wie Gefühle überhaupt auf die Association der Vorstellungen bald bescheidener, bald gebieterisch einwirken.

Da es weder eine Einzelvorstellung noch auch einen Gedankengang gibt, bei welchem nicht irgend ein Gefühlston mitklänge, indem ein jedes Vorgestellte entweder interessirt oder eben nicht interessirt, also Lust oder Unlust erregt und davon gerade die Richtung der Aufmerksamkeit auf die gebotene Vorstellung oder ihre Abwendung von dieser auf eine andere abhängt, ist es selbstverständlich, dass der zeitliche Wechsel im Vorstellen, wie er Gefühle unablässig erregt, auch selber rein mechanisch von den Gefühlen wesentlich mit bestimmt werden müsse. Im Allgemeinen erregt jeder Wechsel der Vorstellungen Lust, die desto mehr anwächst, je schneller er erfolgt, je leichter sich die Associationen schliessen, daher denn mit der Zunahme der Kenntnisse die Lust am Denken grösser wird, indem fast eine jede Vorstellung leicht, wenn auch entfernt verwandte Ideen trifft. Je lockerer diese Beziehungen sind, und doch sich spielend geben, desto stärker ist die Lust (hierin liegt die Gefahr zu F a s e l n), je näher sie sind, desto schwächer wird sie sein, und wenn ein und dieselbe Vorstellung fast fortwährend wiederkehrt, entstehen Unlust, Langeweile und Ermüdung. Dann aber kommt es leicht einmal zu einem normalen Ausgleichungsvorgange der physiologischen Störung, nämlich zu der sogenannten A s s o c i a t i o n d u r c h d e n C o n t r a s t, (welche man mit Recht, statt sie ganz zu leugnen oder aus associativer Gewöhnung, ja aus „entfernter" Verwandtschaft zu erklären, gegenwärtig als einen durch Ermüdung herbeigeführten wesentlich

vom Gefühlscontraste abhängigen Vorstellungsprocess auffasst[1])). Auf den Inhalt der contrastirenden Vorstellung kommt zunächst gar nichts an; nur der Wechsel des Bewusstseinsinhaltes an sich erzeugt die Lust. Selbst die monotone Lust bewirkt, sofern sie nicht sehr intensiv ist, gleich dem mässigen Wehe die Disposition zur Contrastverknüpfung: wie es vorkommt, dass bei trüber Stimmung plötzlich heitere Bilder, Einfälle („Galgenhumor“!) auftreten, so werden wir bisweilen mitten in mässig guter Laune sentimental und „gefallen uns“ in diesem Extrem, was schon leise an krankhafte Störung erinnert.

Die frühe erworbene und durch den aufgenommenen Sprachschatz so wesentlich geförderte Fähigkeit, das zeitlich nach einander Vorgestellte zu vergleichen, wieder zu erkennen, zu unterscheiden, mit anderen Worten dasjenige, was überhaupt sich dem Bewusstsein bietet, zum Gegenstande des begrifflichen (lediglich am Lautsymbole haftenden) Vorstellens[2]) selbst zu machen ermöglicht nun auch, dass eine jeweilig im Blickpunkte der Aufmerksamkeit befindliche Vorstellung als nothwendige Folge einer vorausgegangenen oder als mehr zufällige, sogar als unmotivirte (wohlverstanden beim nicht abergläubischen und dem civilisirten Menschen) erkannt werde. In dem Momente, da dieser Urtheilsprocess vor sich geht, ist der Eindruck als kämen und gingen die Vorstellungen von selber verschwunden. Ganz das Gleiche geschieht, wenn die Verknüpfungen der Vorstellungen und Gedanken träge werden und sich jenes er-

1) Vgl. hierzu Wundt, Physiol. Psychol. S. 794. — Horwicz, psychol. Analysen auf physiol. Grundlage, Halle 1872. I. S. 322. — Nur beiläufig sei hier erwähnt, dass die Contrastassociation vielleicht bei gewissen weittragenden Entdeckungen mitwirkte, insofern als „ermüdende“ Theorien und Auffassungen einfach umgedreht wurden; auch hiebei sind intellectuelle Gefühlstöne wohl das wesentliche gewesen.

2) Indem das Objectbild vom Erinnerungsbilde, das Ding von der Vorstellung unterschieden wird, entstehen die gegensätzlichen Begriffe Sein und Denken d. h. Nichtsein des Objectes. Durch das Erscheinen und Verschwinden der Anschauungs- und Erinnerungsbilder, kommen die Begriffe des Werdens und Vergehens, des Beharrens und der Veränderung zu Stande. Daraus wieder gehen die Gegensätze des Substantiellen und Accidentellen hervor, indem ein Object Beständigkeit gewisser und Variabilität anderer Eigenschaften zeigt. Durch die Erfahrung, dass Veränderungen des einen Objectes durch ein anderes herbeigeführt werden, kommen die Wechselbegriffe Ursache und Wirkung zu Stande, aus welchen wieder die Begriffe Mittel und Zweck, namentlich mit Hülfe der beobachteten Effecte der eigenen Muskelbewegungen hervorgehen. Die Begriffe Nothwendigkeit und Zufall entspringen der Beobachtung, dass Vorstellungen sowohl willkürlich hervorgerufen werden als auch spontan auftauchen können und, dass in der Natur gewisse Vorgänge in bestimmten oder keinen Beziehungen stehen. (Nach Wundt, Phys. Psych. S. 674).

wähnte Unlustgefühl einstellt. Beide Phänomene, welche dem (erwachsenen Cultur-) Menschen das Bewusstsein, dass er denkt, nicht, dass es in ihm denke, erwecken, sind natürlich nur in wachem Zustande und in diesem auch nur so lange möglich als nicht heftige Gefühle (Affecte) herrschen.

Die Erkenntniss des Selberdenkens setzt aber die vorausgegangene begriffliche Differenzirung des eigenen Ich voraus, als deren erste Quellen wir die Empfindungen und Gefühle namentlich diejenigen der anfänglich rein reflectorischen Bewegungen des Kindes zu betrachten haben. Mit diesen ist der Anfang zur Bildung des Selbstbewusstseins gemacht, das mit jedem Fortschritte des geistigen Lebens an Weite zunimmt. Als abstracter Ichbegriff tritt dasselbe im sich entwickelnden Menschen gelegentlich einmal mit einem Schlage hervor und kann fortan solange er wacht, besonnen und gesund ist, jeden Augenblick in concreter Anschauung wiederkehren, als Ganzes aber kann das Selbstbewusstsein niemals in eine Vorstellung gebracht werden. Denn der „Totaleindruck“ des gesammten innerlichen Geschehens, die ganze bisherige Erfahrung über die Aussendinge und ihre weittragenden Effecte, die sie in uns selber herbeiführten, die Möglichkeiten innerlicher Vorgänge in der Zukunft, alles das vermögen wir nicht als Gesammtheit vorzustellen, sondern nur in einem begrifflichen Lautsymbole zu verkörpern, das sich in Erinnerungen und Phantasievorstellungen (Zukunft § 70) versinnlichen lässt. Die Entstehung dieses Begriffes ist bei jedem normalen Menschen eine nothwendige Consequenz der Lebenserfahrung und durch Erlernung der Sprache, die das Lautsymbol „Ich“ schon bei ihm eingeführt hat, a priori angelegt.

Wie weit indessen der Einzelne in der Differenzirung dieses Ichbegriffes gelangt ist, können wir nur auf Umwegen ermitteln bezw. vermuthen, wenn wir Kenntniss haben vom Wissen und Glauben, Gesinnung und Charakter eines Menschen, wenn festzustellen ist, wieviel von seinem innern Geschehen er sich selber zuschreibt, wieviel über natürlichen Einflüssen, in welchen intellectuell-gemüthlichen Beziehungen sein Ich zur Aussenwelt und ihren Erscheinungen steht.

§ 90. Es liegt in der Natur der Sache, dass es nur eine Art von Störung des Vorstellungsverlaufes geben könne. Die Gesundheit setzt ja — im wachen Zustande — einen continuirlichen, aber sich selbst regulirenden Wechsel, eine bei aller Vielgestaltigkeit obwaltende Harmonie der Ideenfolge voraus; wenn daher einzelne Vorstellungsreihen übermässig leicht von anderen, nur sehr entfernt mit ihnen

verwandten, associirt werden, wenn ganze Gruppen von Ideen, die vermöge äusserer oder innerer Beziehungen zu einander Gesammtheiten bilden, in variablen Formen leichter wiederkehren; dann besteht natürlich ebenso gut ein Nachlass in der Selbststeuerung des Vorstellungsapparates, als wenn gewohnte und geläufige Verknüpfungen zwischen den Vorstellungen sich nicht leicht oder gar nicht schliessen, oder wenn grosse Massen von unter sich verwandten Ideen so zu sagen schwerer oder völlig unbeweglich werden und selbst ein derber Anstoss nur sehr kümmerliche associative Effecte erzielt. Völlig aufgehört hat aber die Selbstregulirung des Verlaufes und der Association der Vorstellungen, sobald eine Vorstellung alle möglichen anderen, auch die aller entferntesten herbeiruft oder wenn sie andererseits immer nur sich selber reproducirt, d. h. „stehend" wird. Ob es wirklich möglich sei, dass schliesslich ein völliges Aufhören des Vorstellens für längere Zeit eintreten könne, wissen wir nicht.

Mag also die Störung des Vorstellungsverlaufes äusserlich bald mehr den Charakter einseitiger oder allgemeinerer Erleichterung, bald mehr denjenigen einer Erschwerung der Association nach dieser oder jener Richtung hin oder einer allgemeineren Hemmung, ja Sistirung der Ideenfolge darbieten — in letzter Instanz erkennen wir doch nichts anderes aus den verschiedenen Symptomen der Störung heraus als den Effect einer functionellen Schwäche derjenigen Apparate, welche den höchsten complicirtesten Lebensäusserungen vorstehen. Nur von diesem Standpunkte aus sind wir berechtigt der besseren Uebersicht wegen Erleichterung und Erschwerung des Verlaufes und der Association der Vorstellungen einander gegenüber zu stellen.

Wir betrachten zunächst

Einseitige Erleichterungen des Verlaufs und der Association der Vorstellungen.

§ 91. Hierher gehören die Zwangsvorstellungen. Es kommt auch beim Gesunden hie und da vor, dass in den gewöhnlichen Verlauf seiner Vorstellungen, welcher nach den Associationsgesetzen vor sich geht, eine oder mehrere Vorstellungen sich einschieben, die zu den eben da gewesenen weder in erkenntlichen Beziehungen stehen noch durch associative Gewöhnung sich eingebürgert haben. Sie erregen stets einen bestimmten als Ueberraschung bezeichneten Gefühlston offenbar deshalb, weil der denkende Mensch an eine

Succession von Vorstellungen gewöhnt ist, die dem Inhalte oder der Form nach verbunden oder ihm geläufig geworden sind. Nur selten verweilen solche Ideen längere Zeit, indem sie fortwährend sich reproducirend immer wieder in die Bewusstseinsenge eintreten, meistens verschwinden sie schnell wieder. Ist das letztere aber nicht der Fall, so sprechen wir vom „Verfolgt-, Gepeinigtwerden“ durch Ideen, vom „Nichtloswerdenkönnen“ der Vorstellungen. Es kann auch sein, dass ganze Gruppen von Vorstellungen, Gedanken überhaupt, die den gleichen oder doch ähnlichen Inhalt in variabeln Formen wiederholen, für einige Zeit lebendiger sind und lebhafter in die Bewusstseinsenge drängen, als zu anderen Zeiten. Dies geschieht am regelmässigsten unter Beihülfe von Gefühlen, welche wie schon öfter erwähnt werden musste, einen bestimmten Ton angebenden Einfluss auf den Inhalt der Vorstellungen ausüben. Vor allen andern sind die gemüthlichen Gefühle des Gesunden solcher Wirkungen im hohen Grade fähig und das willkürliche „Denken an etwas Anderes“ ist oft beinahe oder völlig erfolglos, wenn peinliche Vorstellungen einmal angeregt sind.

Bei psychopathischen Individuen gehört nun ein solches Zudrängen von Vorstellungen, die nach der allgemeinen inneren Erfahrung der Menschen unmotivirt erscheinen, zu den keineswegs seltenen Vorkommnissen. Die neuere psychopathologische Forschung lehrte bereits eine Anzahl von derartigen Phänomenen kennen, welche unter dem gemeinsamen Namen der Zwangsvorstellungen zusammengefasst werden. Dieselben unterscheiden sich von den später noch zu besprechenden Wahnvorstellungen dadurch, dass der Kranke selbst die Unmotivirtheit und Widersinnigkeit der Vorstellungen erkennt (oder doch zu erkennen vermag), ja dass er sich gegen dieses Afficirtwerden mit Problemen, Ideen etc. je nach ihrem Inhalte geradezu energisch protestirend auflehnt. Wie beim Gesunden können diese Zwangsvorstellungen der psychopathischen Individuen durch bestimmte und zwar peinliche Gefühle zuerst und in der Folge immer wieder von neuem angeregt werden oder völlig unabhängig von solchen, also ganz mechanisch auftreten.

§ 92. Krankhafte Fragesucht (Grübelsucht Griesinger[1]), Phrenolepsia erotematica Meschede, Folie du doute

1) Griesinger, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 626 und Ges. Abth. I. S. 180. — Zur Lit. über diesen Gegenstand ferner: Meschede, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXVIII. S. 390. — O. Berger, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VI. S. 217. — Le Grand du Saulle, La folie du doute etc. Paris 1875.

Le Grand du Saulle), ein von Griesinger zuerst beschriebener hierher gehöriger psychopathischer Zustand ist dadurch gekennzeichnet, dass dem Kranken, der noch ganz wohl seine Stellung im Leben ausfüllen kann und nur selten in der Irrenanstalt sich befindet, entweder fast fortwährend vom Morgen bis zum Abend oder mehr anfallsweise allerhand Fragen sich aufdrängen, die sich auf so ziemlich Alles beziehen, was er wahrnimmt, was ihm einfällt. Dass nicht der dem Gesunden innewohnende Wissensdrang, das Bedürfniss, Ursache, Wesen und Zusammenhang der Dinge wirklich zu erkennen, einfach gesteigert ist, beweist der Umstand, dass die Zwangsvorstellungen in Frageform dauernd oder eine Zeit lang unablässig fortgehen (beim Gesunden würde sich dieses gleichförmige Vorstellen erschöpfen) und die anderen Vorstellungen rasch ersticken, dass „jenes intellectuelle Lustgefühl des Nachdenkens" gänzlich fehlt im Gegentheil die innere Fragerei dem Kranken peinlich ist, endlich, dass er selbst sehr wohl herausfindet, wie die Antworten auf die Fragen selbst entweder von ihm durch Nachdenken mit Hülfe seiner Kenntnisse oder überhaupt schlechterdings gar nicht gegeben werden können, die Fragen also unmotivirt und albern gestellt sind. Der Versuch durch die einfachsten — so zu sagen durch abfertigende — Antworten einige Ruhe zu schaffen, schlägt fehl: sie sind nicht solide genug, das Fragen geht weiter, die Fragestellung spitzt sich zu und wird immer präciser. Auch knüpfen sich durch Association fortwährend neue Fragen an eine aufgeschossene; ein neues Problem liegt bereits vor, ehe nur die ersten Anstalten zur Beantwortung des soeben vorhanden gewesenen getroffen sind; es kommt zu einer Art Ideenflucht in Frageform, welche auch bei noch intelligenten Kranken auftreten kann (wie zumal in dem Berger'schen Falle) am Deutlichsten aber hervortritt bei Verrückten, die mit dieser Associationsanomalie behaftet sind. (Meschede hat solche Fälle mitgetheilt.)

Schon mehrfach ist darauf hingewiesen worden, wie das Sprüchwort: „ein Narr fragt mehr als zehn Weise beantworten können", auf diesen krankhaften Zustand hinweise.

Lazarus[1]) bemerkt richtig, dass im gewöhnlichen Leben Individuen passiren, die insofern als „Fragemenschen" bezeichnet werden können, als sie immerzu fragen ohne auch nur die Antwort auf das eben Gefragte abzuwarten. Sie sind so zu sagen „grosse Kinder". Ein culturhistorisches Aequivalent der Störung hat Hohnbaum, ehe diese selbst noch bekannt war, bereits in Erinnerung gebracht, es sind dies die scholastischen Kirchenstreitigkeiten des XIV. Jahrhunderts[2]).

1) Arch. f. Psych. und Nervenkrankh. Bd. I. S. 753.

2) „Ob das Licht von Tabor ein erschaffenes oder unerschaffenes gewesen,

Die Fragen können sich auf alles Mögliche, was dem Kranken als Eindruck geboten wird, beziehen:

„Warum sitze ich hier? Warum gehen die Menschen herum? Was bedeutet dieser Stuhl? Warum ist diese Person gerade so hoch und nicht so hoch wie das Zimmer? Warum befindet sich dieser Gegenstand gerade hier und nicht wo anders? Wie ist die Sonne beschaffen? Warum gibt es nicht zwei Sonnen, zwei Monde? Woher sind die Sterne gekommen? Wie ist dieser Wurm entstanden? Wie überhaupt Würmer? Wie ist die Sprache entstanden? Wie der Verstand? Wo sitzt er? Wie ist der Tag entstanden? Warum heissen Sonntag, Montag, Dienstag gerade so und nicht anders? etc.

Eine gewisse Einförmigkeit in dem Chaos der aufgeworfenen Fragen lässt sich aber bisweilen doch nachweisen. Es ist das sexuelle Element, welches den Inhalt sehr vieler Fragen abgibt, an die sich freilich dann noch weitere zwangsmässige Grübeleien über entfernter verwandte Verhältnisse vom Werden, Entstandensein überhaupt knüpfen:

„Wie entstehen die Menschen? Mann und Frau, warum gibt es solche? der Unterschied der Geschlechter, Bildung der Geschlechtsorgane, Befruchtung, die menschlichen Triebe, die Entwickelung, die Abstammung des Menschengeschlechtes, wie verhält sich das alles?" Und weitere „Schöpfungsfragen" überhaupt, sodann anschliessend die Fragen nach der Geburt Christi, nach der Jungfrau, nach Gott, die wieder an die Grübeleien über den Ursprung der Naturerscheinungen überhaupt anknüpfen oder auf Fragen nach Sünde, Tod etc. führen. — Man hat bemerkt, dass beim Versuche der Cohabitation das zwangsmässige Vorstellungsspiel sich hie und da erheblich steigert.

§ 93. Einigen Beobachtungen zu Folge möchte man fast auch das Vorkommen **arithmetischer Zwangsvorstellungen** oder **krankhafter Rechensucht** annehmen. Griesinger[1]) erzählt von einem Kranken, welcher immer im Kopfe rechnen *musste*. Wiewohl er gar nichts zu rechnen hatte, kamen ihm fortwährend Zahlen in den Kopf. Wenn er in einer Droschke fuhr, musste er sich stets mit der Nummer auf dem Rücksitz beschäftigen, es reizte

ob das Wesen der Taufe das Wort oder das Wasser sei, ob man mit Erde, Luft, Feuer, Wein, Bier etc., ob in jeder Sprache taufen könne . . ., ob Gottes Sohn sich in einen Ochsen, Esel, Kürbis oder Teufel verwandeln könne, wieviel Chöre der Engel seien, wie sie sitzen; was für Instrumente sie spielen, was man in der Hölle triebe, bis zu welchem Grade die Hitze dort gehe, wohin sich der transsubstantiirte Leib begebe, wenn eine Maus oder ein Wurm ins Ciborium gelange u. s. w." (Hohnbaum, Psych. Gesundheit und Irresein in ihren Uebergängen Berlin 1845. S. 57.).

1) Griesinger, Ges. Abhandl. I. S. 145.

ihn die Quadratwurzel auszuziehen etc. Marchal[1]) beschrieb (als „Arithmomanie") eine hierhergehörige noch sehr einfache Erscheinung, die darin besteht, dass die Kranken anhaltend mit ganz sinnlosem Zählen sich beschäftigen müssen, entweder mit dem Zählen aller vorbeifliegenden Schwalben, aller passirenden Personen, vielleicht männlicher und weiblicher für sich, aller vorbeigehenden Pferde unter ihnen auch nur der Schimmel etc.

Bei den berühmten Rechenmeistern Buxton und Dase war, natürlich zu Folge der associativen Gewöhnung, ebenfalls eine gewisse Unabweislichkeit von Zahlenvorstellungen und ihren intellectuellen Folgen vorhanden. Sie schienen andere Interessen gänzlich zu ersticken: der eine in das Theater gebracht, woselbst der berühmte Garrick in einem Shakespear'schen Stücke spielte, beschäftigte sich lediglich damit die Worte zu zählen, welche der grosse Schauspieler sprach. Vom anderen weiss ich aus bester Quelle, dass er auf einem Commers nach dem ersten Liede gefragt, wie er sich amüsire, die paradoxe Antwort gab: Wissen Sie wieviel das Lied Buchstaben hat? So und so viele! Dase zählte auch beim Gehen, ohne daran zu denken die Schritte, wie er Jessen erzählt hat. Man sieht, wie weit es mit der Einseitigkeit bei „Talenten" kommen kann!

§ 94. Eine weitere Gruppe von Zwangsvorstellungen[2]) bilden unabweislich sich aufdrängende meist ängstliche Hypothesen, welche durch den intellectuellen Inhalt gewisser Wahrnehmungen angeregt werden. Der Eindruck selbst kann ein gewöhnlicher, alltäglicher sein und braucht nur in einer ganz entfernten, dem Gesunden absolut ungeläufigen Beziehung zu der mit ihm associirten Hypothese des Kranken zu stehen, oder die Wahrnehmung ist schon eine aussergewöhnlichere und legt die Zwangsvorstellung näher, sodass auch der psychisch Normale von ihr berückt werden kann.

Derartige hypothetische Zwangsvorstellungen sind einmal ganz unmotivirte Befürchtungen.

Schon die Vorstellung des Agoraphobikers es müsse ihm auf dem Platz etwas zustossen gehört hierher (§ 45), ferner die bereits von Hohnbaum (a. a. O. S. 70) erwähnte Furcht vor Berührung

1) Marchal (de Calvi), Journ. de Méd. de Brux. 1860. Mai p. 255; Virch. Jahresber. 1861. Bd. III. S. 21.

2) In Bezug auf Dieses und das Folgende sind vor allen zwei Arbeiten von v. Krafft-Ebing zu vergleichen: „Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurtheilung krankhafter Gemüthszustände etc. Erlangen 1867 und „Ueber gewisse formale Störungen des Vorstellens" etc. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. u. öffentl. Med. von v. Horn. Bd. XII. 1870. S. 127 ff. Daselbst auch zahlreiche Literaturangaben und Casuistik, welche im Folgenden vorzugsweise benutzt ist.

äusserer Gegenstände (Délire du toucher, welches Le Grand du Saulle als charakteristisch für ein späteres Stadium desjenigen centralen Leidens bezeichnet, das der Grübelsucht zu Grunde liegt). Die Kranken werden von der ängstlichen Zwangsvorstellung gepeinigt, sie könnten durch die Gegenstände, mit denen sie in Berührung kommen, vergiftet, angesteckt werden. Sie scheuen sich Thürklinken, Schwefelhölzer anzufassen oder sie bedecken die Möbel, ehe sie Platz nehmen mit Tüchern, waschen Tisch-Essgeräthe, Schlüssel, Thürgriffe etc. erst ab, ehe sie dieselben berühren. Wenn Le Grand du Saulle angibt, diese Kranken concipirten später die Idee auf andere durch Berührung Gift zu übertragen, so ist vom allgemeinen Standpunkte aus nicht zu entscheiden, ob man Zwangs- oder schon Wahnvorstellung annehmen solle. In jedem Falle der Art kommt es auf die Kenntnisse an, die ein Kranker von natürlichen Vorgängen hat, ob er so etwas für möglich hält oder nicht. Ist das letztere der Fall, dann ist die im Widerstreite mit seinem Wissen stehende Vorstellung als Zwangsidee aufzufassen. Im andern Falle ist entweder Irrthum (bei Ungebildeten) oder Wahn vorhanden.

Hierher gehört eine von Kelp[1]) gemachte Beobachtung, die als „Giftangst" beschrieben ist: Eine Dame wird beständig von dem Gedanken verfolgt, dass Gift an sie kommen und wieder durch ihre Person übertragen werden könne. Im Gasthause hatte sie Sorge, dass Gift in die Gläser komme; der unten im Hause Wohnende, häufig im Garten arbeitende Photograph könnte wohl Gift verwenden und dieses an ihr über Nacht aus dem Fenster gefallenes Kleid kommen. Als sie bei ihrem Schwager war, wo Gift gegen die Mäuse gelegt wurde, fürchtete sie stets, wenn sie etwas fallen liess, dass Gift daran käme, weil es an die Stelle gelangt sein könnte, wo jenes gelegen; schon durch die leiseste Berührung fürchtete sie nämlich, könne ein vorhandenes Gift übertragen werden. So war es denn ein naheliegender Gedanke, dass ihre Handschuhe auf andere Menschen, ihr Kleid, ihre Küchenschürze auf das Essen Gift übertragen könnten. Las sie in einem Buche, so fürchtete sie an dasselbe Gift zu bringen, stets desgleichen, dass Gemüsefrauen, die ins Haus kamen, etwas an ihre Waare bekommen könnten. Einen Brief an eine Freundin schickte sie nicht ab aus Furcht, dass an die Butter, welche in dem landwirthschaftlichen Hause derselben fabricirt wurde, durch den Brief Gift übertragen werden könne. „Könnte ich doch diese Giftgedanken los werden", schrieb die Kranke selber, welche sich beruhigt fühlte, wenn sie andere fragen durfte, um ihr widerlegendes Urtheil zu hören, welche glaubte, dass ihr durch vernünftiges Entgegentreten anderer geholfen werden könnte.

1) Irrenfreund 1871. S. 132.

Zwangsmässige Hypothesen in Form von Befürchtungen waren auch in den beiden folgenden Fällen von Jessen[1]) und Esquirol[2]) vorhanden.

Im ersten handelt es sich um eine 50jährige Wittwe, welche die Zwangsvorstellung hatte, sie und ihre Kinder könnten von Glassplittern und Nadeln, die im Theegeschirr steckten, verletzt werden. Peinliches Auswischen derselben vor jedem Gebrauche war selbstverständlich; gleich schoss aber die Idee auf auch im Handtuche könne so etwas verborgen gewesen sein, daher denn das Putzen noch mehreremale wiederholt wurde, dennoch ward die Frau nur etwas dadurch beruhigt — sie selbst sprach wiederholt aus, wie man nur so thörichte, lächerliche Gedanken haben und sich von ihnen beherrschen lassen könnte.

Der andere Fall betrifft ein Mädchen, welches von frühester Jugend in einem Geschäfte thätig gewesen war und stets in Angst geschwebt hatte die Käufer zu übervortheilen. Eines Tags schoss ihr die Idee auf, sie könne von ihrer Tante, die sie eben besucht hatte, in der Schürze „etwas von Werth" mitgenommen haben. Von der Zeit an ward sie stets von der Vorstellung beherrscht, dass Werthsachen in ihren Kleidern, zwischen ihren Fingern, unter den Nägeln, namentlich in ihren Schuhen steckten oder doch stecken bleiben könnten. Sie trennte die Säume in den Kleidern ab, putzte fast continuirlich an Händen und Nägeln, am Kamme etc. herum und liess ihre Schuhe so pressend enge machen, dass die Füsse anschwollen, alles damit nur nicht „etwas von Werth" haften bleibe. Auf Einwürfe pflegte sie zu erwidern: „Dies ist wahr, meine Unruhe ist dumm und lächerlich, aber ich kann mich derselben nicht erwehren".

§ 95. Zwangshypothesen liegen weiterhin bei den bekannten Bewusstseinsprocessen vor, die auf steiler Höhe, auf einem Thurme, einer Brücke auftreten: wie wäre es, wenn Du hinabsprängst oder — in Gesellschaft — den Nachbar herabstiessest? Analoges kommt beim Eindrucke gewaltig arbeitender Maschinen, oder eines vorbei sausenden Eisenbahnzuges vor. Beim Anblick von Waffen und gefährlichen Instrumenten überhaupt (Rasirmesser) drängt sich die Idee der Verletzung auf; in Gesellschaft kann die Vorstellung aufblitzen: „was wäre, wenn plötzlich etwas sehr Unschickliches gesagt, gethan würde", in der Kirche „wenn ein Pfiff erschallte" u. dgl. Alle diese Vorstellungen, die Ideler und Griesinger geneigt waren auf die Ideenassociation durch Contrast zurückzuführen, enthalten oft schon intellectuelle Keime, leise Antriebe zu den entsprechenden Handlungen in sich.

1) Physiol. d. Denkens. Hannover 1872. S. 136.

2) Geisteskr. D. v. Bernhardt, Bd. II. S. 33.

Je heftiger diese Impulse, je häufiger sie auftreten, desto eher erwecken sie bei Abergläubischen ebenso wie beim Menschen auf den früheren Culturstufen und beim Melancholiker den Glauben an dämonische Anfechtungen und Besessensein (§ 37). Neuropathische, psychisch kränkliche Individuen, Erschöpfte, durch Excesse Geschwächte leiden öfter an solchen ungewöhnlichen Associationen, die unter allerhand Variationen in der Form, dabei dem Inhalte nach sich gleichend, unverhältnissmässig häufig wiederkehren.

Es sind Fälle bekannt, dass derartige Kranke, wenn sie an einem Wasser vorbeigingen, den unüberwindlichen Drang verspürten, sich hineinzustürzen und demselben wirklich folgten, andere durften auf Brücken nicht längs dem Geländer hingehen. Ein Pfarrer musste aufhören zu predigen, wegen des Dranges, von der Kanzel herabzuspringen (Sandras, Ideler, Reil). Der Drang in der Kirche Gotteslästerungen auszustossen, die Zwangsvorstellung zu beten: „Vater unser, der Du bist in der Hölle“, (bei sehr religiösen Personen) kann nicht nur zu den quälendsten Scrupeln, sondern sogar zum Selbstmorde Veranlassung geben (Winslow, Knop, Ettmüller). Itard erzählt von einer gebildeten und geistreichen Dame, welche bisweilen im Gespräch plötzlich verstummte, grobe und obscöne Redensarten ausstiess, deren sie sich nachher erinnerte; sie konnte sich derselben nicht erwehren. Analoge Fälle berichtet Sandras. Mehrere Beispiele deuten auch an, wie der Anblick von Messern etc. die Zwangsvorstellung von Selbstmord oder Mord geliebter Angehöriger bezw. Pflegbefohlener auslöste: Eine Dame schneidet eines Tages eine Feder, es tritt ihr geliebtes Kind herein und sofort blitzt die (sich festsetzende obwohl mit Abscheu verworfene) Idee es zu erstechen auf. Mehrfach stieg bei hysterischen geschwächten Ammen gelegentlich des Anblickes von Messern der Drang auf den Säugling umzubringen (Mandon, Knop, Henke). Ideler beobachtete einen nervösen von Angst vor der Cholera gequälten Mann, der sobald er ein Messer liegen sah, sofort den Gedanken sich zu erstechen bekam und es zitternd vor Angst wegwarf oder verbarg, um es nicht zu sehen. Ebenso brachte der Anblick eines Strickes den Gedanken des sich Erhängens, ja selbst einige kopflose Dorsi im Museum erweckten den Gedanken des Halsabschneidens.

§ 96. Wie demnach äussere Eindrücke vermöge ihres Inhaltes derartige Zwangsvorstellungen auslösen können, so sind andererseits auch Erinnerungen an Schauer erregende Wahrnehmungen, wozu auch manche „erhabene“ Eindrücke gehören, dieselben mögen angeschaut (erinnert), gehört, gelesen (phantastisch vorgestellt) sein, im Stande Zwangsvorstellungen herbeizuführen, welche mutatis mutandis auf eine Wiederholung der Situation, des Ereignisses hinweisen. Es gehören hierher die zahlreichen Beispiele von imita-

torischen Gewaltthaten gegen die eigene Person, die liebsten Angehörigen oder Freunde, von imitatorischen Brandstiftungen etc. bei denen oft phantastische Vorstellungen ein gewisses verkörperndes Substrat abgeben mögen. Statt vieler nur zwei Beispiele:

Ein Mann sieht eines Tages einen Vatermörder zum Richtplatz führen, dies macht einen lebhaften Eindruck auf ihn. Er selbst mit seinem zärtlich geliebten Vater allein wohnend, wird eines Tages von dem Gedanken überrascht, er könne an seinem Vater ebenfalls in einem Anfalle von Verwirrung zum Mörder werden. Sofort verlässt er jenen und ist nicht zu bewegen ihn wieder zu sehen (Devergie). Hier blieb es lediglich bei der Zwangsvorstellung. Zur blutigen That führte sie im folgenden Falle: Ein Mädchen, das wiederholt öffentliche Hinrichtungen angesehen hatte, konnte den Gedanken „nicht los werden" ebenso feierlich und tragisch zu sterben, wie jene Verbrecher. Mit Raffinement ermordete sie eine Freundin und stellte sich alsdann dem Gerichte (Hopf).

Von dem mächtigen Einflusse intellectueller Gefühle auf Erinnerung und Phantasie war bereits die Rede (§ 63 und 70 ff.). Auch die Associationen der abstracten Vorstellungen werden durch die krankhaften Verstimmungen gewaltig beeinflusst. Zwangsideen treten zumal beim psychischen Schmerze mittleren Grades auf, auch die Angst kann solche erzeugen. Die krankhafte psychische Lust ruft zwar ebenfalls adäquate Zwangsideen hervor, aber hier kleben und haften sie nicht d. h. sie reproduciren sich nicht so beharrlich, wie beim Herrschen jener Unlustgefühle, sie sind hier flüchtig und deshalb wenig gekannt. Bei melancholisch Verstimmten drängen sich Vorstellungen von Selbstverstümmelung, Selbstvernichtung, auch Vorstellungen sich ein gemüthliches Wehe anzuthun, das Liebste zu vernichten; weiterhin Zwangsideen von Kränkung anderer Personen, Entweihung der Ideen, welche der Gesammtheit heilig sind, Zwangsvorstellungen von Mord und Brand etc. Da bei diesen Kranken der gesunde Wechsel der Vorstellungen aufgehört hat und eine ihnen selbst oft peinliche Oede, ein Fehlen des Interesses im Denken besteht (§ 100), so haften solche zur Verstimmung passende Ideen um so intensiver. Die begleitende Willensschwäche macht eine Ablenkung der Aufmerksamkeit auf etwas anderes, eine Zerstreuung, die mit einiger Gewalt erreicht werden könnte, unmöglich. Vermag der Kranke noch gegen die stets von neuem wieder sich bietenden Vorstellungen direct sich aufzulehnen, so wird denselben eben gerade durch diesen Kampf erst recht die Wiederkehr erleichtert, da sie associative Beziehungen zu den sonst noch dem Patienten zu Gebote stehenden Vorstellungen eingehen. Die innere Zerrissenheit, der Abscheu und

Ekel vor ihm selbst wachsen bei dem Kranken continuirlich fort und werfen oft einmal die schon geschwächte Widerstandsfähigkeit gegen die Zwangsideen zu Boden, so dass es zur Gewaltthat kommt.

Bei Neuropathischen wecken schliesslich auch subjective Sensationen, Schmerz und Paralgie bisweilen bestimmte Vorstellungen. Diese krankhaften Associationen sinnlicher (Unlust-) Gefühle mit Ideen hat Griesinger wegen ihrer Aehnlichkeit mit den sog. Mitempfindungen als Mitvorstellungen bezeichnet. Man darf dieselben nicht mit den später zu erwähnenden Allegorisirungen neuralgischer Gefühle verwechseln.

Reil erwähnt einen Landmann, der psychisch ganz normal erschien, aber allemal dann, wenn er einen brennenden Schmerz im Unterleib hatte, den Drang verspürte alle Menschen mit Steinen zu werfen. — Ein Kranker Amelung's bekam allemal die Zwangsidee von Selbstmord, wenn Intercostalschmerz bei ihm auftrat. — Schüle berichtet von einem Manne, dem sich mit dem Eintritt einer heftigen Occipitalneuralgie die Vorstellung ein Kind umzubringen aufdrängte. — Einem Knaben, den v. Krafft-Ebing erwähnt, kamen mit jeder Exacerbation einer Intercostalneuralgie abscheuliche Schimpfnamen und gemeine Gedanken in den Sinn, deren Aussprechen er kaum unterdrücken konnte.

Allgemeinere Erleichterung des Vorstellungsverlaufes und der Association der Vorstellungen.

§ 97. Diese gibt sich zu erkennen in jener vielgenannten Steigerung der Combinationsfähigkeit[1]) (Augmentation, surexcitation des fonctions, des facultés intellectuelles), welche zur Bildung auffallender Urtheile, scharfer Schlüsse, feinerem Spotte und guten Witzen führt. Die analogen Erscheinungen innerhalb der Gesundheitsbreite sind einmal jene Förderungen der Combination im Bereiche sehr grosser Vorstellungsmassen, welche beim „Aufgelegtsein“ mit Vergnügen bemerkt werden, sodann jene raschen und richtigen Ueberlegungen, welche im Momente, da eine Gefahr für das Selbstgefühl bewusst wird, bisweilen — aber nicht immer (Verlegenheit!) — stattfinden, wo der Betreffende auf eine entgegengeschleuderte Injurie dermassen „dient“, oder eine sonstige Geistesprobe so gut besteht, dass er sich hinterdrein noch über sich selbst wundert. Auch in schweren körperlichen Krankheiten kommt hie

1) Vgl. die § 59 erwähnten Schriften von Leuret, Friedreich, Griesinger, H. Neumann, Morel, Dagonet; auch Lotze, Med. Psychol. Leipzig 1852, S. 489. Eingehend von dieser Erscheinung handelt Sentoux, Op. cit. (§ 59).

und da wohl eine gegen früher abstechende Sagacität zur Beobachtung; so bei Lyssa, bei Tuberculose ab und zu, bei Chorea magna ekstatischen Zuständen überhaupt und eben auch bei manchen Psychosen im engeren Sinne. Für alle diese Affectionen gilt jedoch, dass die Steigerung der intellectuellen Fähigkeiten keine universelle ist; denn wenn der Kranke auch ganz entfernte Combinationen trifft, welche den Zuhörer in Anbetracht der übrigen Umstände überraschen, ja wenn er schwierige Probleme richtig löst, so ist er doch andererseits wieder absolut unfähig über gewisse Dinge auch nur annähernd zutreffende Urtheile zu fällen. Der Steigerung seiner intellectuellen Kräfte hält also eine ganz bestimmte Beschränktheit die Wage, es ist trotz mannigfaltiger Förderung der Association stets Einseitigkeit vorhanden, genau so wie im Rausche, während dessen ja auch oft gute Einfälle kommen, aber ein tiefes, umfassendes Denken nicht möglich ist. Sieht man von den wirklich überraschenden Gedanken ab, durch welche die Umgebung sich nicht selten captiviren lässt, weil sie ja im Allgemeinen mehr auf Unnsinnigkeiten gefasst ist, so zeigt sich doch, dass der Kranke sehr oft falsch denkt, wenn er die Producte seines verkehrten Vorstellens auch nicht immer geradezu ausspricht. Es gibt ganz leichte Formen von Tobsucht, die sozusagen eine Steigerung der gesunden Denkfähigkeit mit sich bringen: Die Kranken entwickeln beissenden Witz, sind sehr beredt und fällen „kecke Urtheile, welche mit scharfer Beobachtung der dazu gehörigen Momente gebildet sind.“ Beobachtet man sie jedoch länger, so stellt sich bald heraus, dass jene Erscheinungen durchaus nicht stetig sind, sondern, dass dazwischen ideenflüchtiges Vorstellen stattfindet, bei welchem die leicht sich schliessenden Combinationen äusserst locker oder völlig unverständlich sind. Bei der Mania sine delirio, der raisonnirenden Manie, besteht ebenfalls Förderung der Denkprocesse. Guislain behauptete, solche Kranke zeigten ein stetes Bestreben geistige Wettkämpfe einzugehen, ja er meinte, sie seien befähigt, feste Logiker aus dem Sattel zu heben. Man wird aber finden, dass diese Art von Scharfsinn nur so weit reicht, als die Kranken ihre verkehrten Handlungen und sonstigen Aeusserungen hinterher durch Vernunftgründe zu rechtfertigen bestrebt sind, ähnlich wie Kinder, wegen einer begangenen Dummheit in die Enge getrieben, oft auch Scheingründe ersinnen, welche das Maass der ihrem Alter entsprechenden Intelligenz verhältnissmässig weit überschreiten. Es versteht sich, dass in diesen Fällen perverse Gefühle die Triebfedern der Denkprocesse sind. So ist es auch bei der Abgefeimtheit mancher Hysterisch-Geisteskranker. „Zu jeder nützlichen und stetigen Thätig-

keit sind sie unfähig, aber mit grösster Beharrlichkeit verfolgen sie ihre egoistischen Zwecke . . . anderen Schaden zufügen zu wollen ist meist der vorherrschende Zug ihres Strebens; in der raffinirtesten Weise betrügen, verleumden, stehlen sie und wissen im letzteren Falle gewöhnlich den Verdacht auf Unschuldige abzulenken. Oft gehen sie mit einem grossen Aufwand von Geist und Witz hierbei zu Werke und immer suchen sie die Verkehrtheit ihres Handelns durch ein scharfsinniges Raisonnement zu decken und zu beschönigen", sagt Jolly von diesen Kranken, deren Zustand er mit Recht als der Folie raisonnante nahe verwandten bezeichnet. Erblich belastete Individuen blenden oft die unbefangene Umgebung durch eine Lebendigkeit und rasche Combination in ihren Denkprocessen und es bedarf bisweilen längerer Zeit, vielleicht besonderer Mittel, um den Defect aufzudecken, den sie — gleich manchen Schwachsinnigen[1]) — noch zu verbergen wissen, indessen sie an den geeigneten Orten mit bestem Erfolge ihre „schillernden" Gedanken spielen lassen. — Endlich müssen wir auch hier der Gewandtheit gedenken, mit welcher die Wahnsinnigen in der Regel ihre krankhaften Vorstellungen vertheidigen. Dieses Phänomen ist nicht schwer zu begreifen, wenn man erwägt, dass es sich hier um eine Gruppe von Ideen handelt, welche das ganze Interesse des Kranken allein in Anspruch nimmt, in welche er sich ganz und gar vertieft hat. Was zu diesen Vorstellungen nicht in Beziehung steht, ist ihm völlig gleichgiltig, seine Aufmerksamkeit wird dadurch gar nicht erregt. Er lernt und begreift daher nichts Neues, mit dem Wahne ausser intellectueller Beziehung stehendes mehr, er wird einseitig und im Denken völlig monoton. „Innerhalb des selbstgewählten Kreises kann aber die Ausbildung immer gründlicher werden; das ganze Kapital von Scharfsinn auf einen Fleck verwandt, kann bedeutende Resultate erzeugen. Da sehen wir denn jene Fälle, in denen der Kranke irgend eine Thorheit bis ins kleinste Detail systematisch entwickelt, alle Gegengründe wieder durch Gründe niederschlägt, welche um ihrer Einseitigkeit willen schwer widerleglich, und durch überraschende Combinationen, die oft recht witzig sind" (H. Neumann).

Nicht mit Unrecht hat man die krankhafte Gewandtheit in der Association der Vorstellungen verglichen mit jenen bedenklichen Bewegungen der Schlafwandler, welche deshalb sicher ausgeführt

1) Es ist hier namentlich an jene mit moral insanity gepaarten Schwachsinnsformen zu denken, welche auf einem bestimmten Gebiete noch auffällige Schlauheit, besonders die Fähigkeit zu geschicktem Lügen und Intriguiren erzeugen.

werden, weil der Gedanke der Gefahr nicht auftritt, d. h. weil Unlustgefühle ganz bestimmter Art völlig schweigen. Wie der kindlichen Naivität „die fehlende Erwägung aller Nebenumstände, die uns während des Wachens der üblichen Lebensart folgen und jede Schaustellung vermeiden lässt", Ursprung und Existenz verleiht, so auch handelt es sich beim Kranken (der gleich dem Kinde „die Wahrheit redet") hauptsächlich um den Wegfall gewisser Hemmungen, um ein Stummbleiben von Gefühlen und störenden Vorstellungen, welche aus der Lebenserfahrung erworben sind. Trifft, wie so häufig der Fall ist, damit jene Förderung der Ideenfolge zusammen, welche die einseitige Concentration auf wenige Vorstellungen (assoc. Gewöhnung) herbeiführt, so erscheint der krankhafte Scharfsinn nicht mehr so paradox und in dieser Hinsicht hat auch das Wort Leuret's: „Man finde in der Welt oft weniger Vernunft als bei den Geisteskranken" seine gewisse Richtigkeit.

§ 98. Jene Ideenassociationen, die wir im gewöhnlichen Leben als excentrische bezeichnen, bilden insofern den Uebergang vom krankhaften Scharfsinne zu der gleich zu besprechenden Störung des Verlaufes und der Association der Vorstellungen, als hier Ideen verbunden werden, welche nur ganz lockere Beziehungen zu einander haben; im besten Falle erscheinen die Verknüpfungen überspannt, barok, vielleicht wirken sie witzig, wenn sich schnell die Bindeglieder der Einzelheiten noch eben überblicken lassen; aber der Schritt, wenn auch nicht vom Erhabenen, so doch vom Ueberraschenden zum Lächerlichen, Albernen ist hier sehr kurz: meist erscheinen die Verknüpfungen unmotivirt, wenigstens bei einer reproducirenden Analyse, obschon vielleicht das Ganze auf den ersten Blick düpirte. Namentlich die Ausgelassenheit, der leichtere Grad des Trunkenseins, aber auch Erregung von Unlustgefühlen z. B. Verlegenheit bringen diese Aberration des Vorstellungsverlaufes hervor, welche bei manchen erblich Belasteten stabil ist[1]). Hastige Verarbeitung von Empfindungen zu Anschauungen, grössere Mobilität der reproducirbaren Vorstellungen, Steigerung der Phantasie, alles das wirkt hier zusammen.

§ 99. Ideenflucht (Ideenjagd, Gedankenflucht, Gedankenjagd, Vorstellungsflucht). Es wurde schon erwähnt, dass es bei Steigerung der Anschauungsthätigkeit und bei Erinnerungstäuschungen zu einem ideenfluchtartigen Vorstellen komme (§ 60, 68). Dasselbe

1) Vgl. Le Grand du Saulle erbl. Geistesstör. Deutsch v. Stark. S. 44.

gilt auch von der Fragesucht (§ 92) und wir haben auch ein Beispiel angeführt, welches andeutete, dass ideenfluchtartige Succession von Phantasievorstellungen graphisch in massenhafte Zeichnungen projicirt werden könne (§ 70). Ich zweifle nicht, dass auch eine analoge Succession musikalischer Phantasievorstellungen existire. Bei der Ideenflucht im engeren Sinne bestehen nun gesteigerte Bildung von Wahrnehmungen, erleichterte Reproduction und luxuriirende Phantasie neben einander. Eine Vorstellung, sie mag Wahrnehmung oder Einbildung sein, passirt die Bewusstseinsenge und hat bereits sehr viele andere ihr zum Theil nur oberflächlich verwandte, vielleicht vermittelst einzelner nebensächlicher Bestandtheile associirte Ideen geweckt und in das Blickfeld hineingezogen. Bei diesem „Zuströmen", „Zusammenlaufen" der Vorstellungen, von welchen manche Kranke hinterdrein berichten (Jessen, Griesinger) ist es selbstverständlich, dass die einzelne Vorstellung nur sehr kurze Zeit im Blickpunkte des Bewusstseins verharrt — es wird also in der Zeiteinheit mehr vorgestellt als unter normalen Verhältnissen, es besteht enorm beschleunigter Vorstellungsverlauf. Ausserdem wird die einzelne Vorstellung natürlich auch nicht genügend scharf appercipirt, es treten nur einzelne Elemente derselben stärker hervor, andere Ideen drängen schon aus dem Blickfelde nach — es kommt zur Verworrenheit, zur Incohärenz der Vorstellungen. Der Kranke ist, wie H. Neumann richtig bemerkt, gezwungen mehr oder weniger passiv dem Spiele seiner Associationen zuzuschauen; wenn er auch durch eine Ueberraschung oder durch Anrede zu einiger Fassung gebracht wird, es ist nur eine kurze Reihe von geordneten Vorstellungen möglich und sehr rasch beginnt die zwangsmässige Ideenjagd wieder.

Gibt sich dieser Vorgang auch sehr wohl in Handlungen, z. B. in Polypragmosyne, im Durcheinanderrühren der Sachen, im Kramen und Wühlen, sowie in Versetzung der Gegenstände zu erkennen, ganz vorzugsweise dienen doch die Sprechwerkzeuge, demnächst die schreibende (bezw. zeichnende) Hand zum Ausdrucke der Ideenjagd. In jeder Irrenanstalt gibt es ja Personen, die dem Arzte bei der Visite und jedem Besucher gleich ein Papierchen mit Gekritzel von incohärenten Worten, von Unsinn übergeben; ich besass von einer Kranken der Art sogar ein 20 Bogen starkes, in wenigen Tagen entstandenes Heft voll aufgeschriebener Ideenflucht. Aus den Gesprächen kann man noch am leichtesten die verschiedenen Stufen der Störung herauserkennen. Beim leichtesten Grade kommt der Patient, indem er noch zusammenhängende Sätze spricht, die einzeln

genommen Sinn und Verstand haben, „vom Hundertsten ins Tausendste, er bleibt im Dialoge nicht bei der Stange“ (Ideensprünge, Jessen, manque d'esprit de conduite, etourderie Leuret); im Ganzen aber sind nur die verbindenden Glieder der einzelnen Vorstellungsgruppen unbekannt. Solche Individuen begegnen uns nicht selten im Leben; sie sind als immer mit Gesprächsstoff geladene Schwätzer wohl bekannt, denen man gerne deshalb ausweicht, weil sie einen nicht wieder loslassen, durch ihre Productionen entsetzlich ermüden und bei dem Hörer leicht eine ähnliche Confusion hervorbringen, wie sie in ihren Vorstellungen selber obwaltet. Es kommt wohl vor, dass solche Personen von selbst nach einiger Zeit fragen: „ja, wovon sprachen wir denn?“ Bisweilen ist indessen diese Frage dem Betreffenden dadurch erspart, dass die Ideenflucht bei aller Abschweifung doch wieder zu bereits dagewesenen Vorstellungen zurückkehrt. Eine gewisse Einseitigkeit fehlt also auch selbst hier nicht ganz. Auf einer weiteren Stufe der Ideenjagd kommen schon die Sätze nicht mehr zur Vollendung, man darf dann lediglich errathen, was nachfolgen sollte. Da aber der Kranke das, was er sagen wollte, schon im Blickfelde hatte, folglich an eine nicht ausgesprochene Idee etwas Neues in ihm sich anschliessen kann, ist unter Umständen für den Zuhörer keine Spur des Bandes sichtbar, welches den unvollendeten früheren Satz mit dem nachfolgenden verbindet[1]). Der höchste Grad der Ideenflucht bringt schliesslich nur noch kurze Wortreihen, einzelne Wörter, die manchmal rhythmisch und nach dem Gleichklang associirt sind (die Reimereien der Kranken) zum Vorschein; ja es kann soweit gehen, dass nur Bruchstücke von Lautkörpern ausgesprochen werden.

Leuret unterschied hauptsächlich zwei Formen von Incohärenz: oft sei es die zu kurze Dauer der (richtigen) Vorstellungen, die andern schon Platz machen mussten, ehe sie ihre Consequenzen entwickelt hatten, welche der Ideenflucht zu Grunde liege. Andere Male sei aber auch bei den Irren die Incohärenz nicht so schlimm, als sie auf den ersten Blick scheine; lasse man ihnen Zeit sich auszudrücken oder nehme man sich die Mühe, ihre Schriften genauer zu analysiren, so finde man bisweilen eine natürliche Interpretation der anscheinend absurden Dinge. Durch berechnete Verschweigungen und absichtliche (faites volontairement) Elisionen gäben die Kranken klar begriffene Sachen für andere unverständlich wieder (Leuret a. a. O. S. 7 u. 8).

1) Mehrere hübsche Beispiele von ideenflüchtigen Reden hat Brosius, Psychiatr. Abh. I. S. 107 u. 135. mitgetheilt, die auch die verschiedenen Grade der Associationsstörung unter einander verglichen gut illustriren.

Jessen hat (Versuch e. wiss. Begr. d. Psychol. Berlin 1855, S. 561) eine Reihe solcher Worte, die — zweifelsohne stenographisch nachgeschrieben — mitgetheilt; einige solche Successionen waren: Lampe (sinnliche Wahrnehmung), Bienenstock, Eltervater, Mühseligkeit, Widerspruch, Naturschönheit, Elephant, Kameel, Bleifelder (sinnliche Wahrnehmung), Unbescheidenheit etc. Hier sind die intellectuellen Beziehungen der Einzelheiten zu einander entweder sehr entfernt oder ganz apogryph. Wenn aber folgte: Kummer, Sorge . . Rattenschwanz, Mäusegift . . Zucker, Honig . . Distel, Distelfink und Sand, Sandgrube . . Kälte, Wasserspiegel, Eis, Schlittschuhläufer . . Degen, Kanonen, Kriegsspiel . . Contra C, Musikalienconcert, so sieht man leicht, wie in vielen derartigen Verhältnissen ganz bestimmte associative Beziehungen obwalteten.

Richarz[1]) bezeichnet als charakteristisch für die Ideenflucht die Associationen nach der Alliteration und Assonanz des Wortes, nach Identität und Contrast der Idee. Es versteht sich von selbst, dass hier die aller buntesten Successionen zu Stande kommen können. Es gehören hierher z. B. die Associationen Tanne und Fichte: Tante und Nichte, oder „Bringen Sie mir Wein? das ist ja zum Weinen" (Brosius), in welchen die akustischen Aehnlichkeiten maassgebend sind. — Die Reimereien der ideenflüchtigen Kranken sind ja auch fast nur ein Wortgeklingel: „Und es ist des Himmels Pflicht, dass man Gott in's Herze sicht". — „So komm in den Garten, ei lass mich nicht warten, der Wein schmeckt mir bitter, schon naht das Gewitter". — „Gott er sieht mein Trachten und mein Schmachten und er hört mein Flehen, will ich zu ihm gehen". — „Und es machte lachen, will es krachen". — „O Wind tobe nur am Fenster, ich fürchte keine Gespenster". — „Ach welch' allerliebste Kinder, ein Lohn dem redlichen Finder". (Jacobi, Bergmann, Griesinger, Brosius.)

Die Ideenflucht ist ganz vorzugsweise Symptom der maniakalischen Zustände: beim acuten Fieberdelirium ist sie mit Hallucinationen, Wahnvorstellungen verbunden, sie kommt bei Lyssa humana, zumal der Kinder, weiterhin bekanntlich beim Alkoholismus und vielen anderen Vergiftungen vor. Hysterische und erblich belastete sind bisweilen mit einem mehr chronischen, auf Gelegenheitsursachen hin Paroxysmen machenden, Zustande der Art behaftet.

Melancholische klagen, wie Richarz hervorgehoben hat, nicht selten darüber, dass sie keinen Gedanken festhalten, über keinen Gedanken nachdenken könnten, sobald sie damit begännen, höre es gleich wieder auf; ihre Gedanken sprängen von einem aufs andere, vergeblich sei das Bestreben einen gewissen Zusammenhang hineinzubringen; es sei ein Jagen wirrer sich durchkreuzender Gedanken, ein neuer stelle sich ein, ehe der vorhergehende beendet sei, es mische sich immer beim Denken über einen Gegenstand ein wider-

1) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XV. S. 28.

wärtiger Gedanke ein, woher die Empfindung von zweierlei Gedanken, eigenen und fremden entstehe. Hier hat der Kranke das Bewusstsein der Widersinnnigkeit, der Zusammenhangslosigkeit, eines „Aufgehobenseins der Continuität der Vorstellungen bei erhaltener Contiguität derselben“, was bei eigentlicher Ideenflucht nicht der Fall ist, indem bei ihr wirklich „ein Tritt tausend Verbindungen schlägt“, welche dem Zuhörer allerdings oft verborgen sind. Bei der Melancholie sind diese Verbindungen auch dem Kranken selber nicht erkenntlich; das, was man melancholische Ideenflucht genannt hat, dürfte wohl am besten als ein massenhaftes Zwangsvorstellen bezeichnet werden, eben deshalb weil sich der Kranke zu den ihm kommenden Ideen nicht bekennt.

Erschwerung, Trägheit des Verlaufes und der Association der Vorstellungen.

§ 100. Im völlig wachen Zustande des Gesunden gibt es — abgesehen von Affectzuständen — keinen Augenblick, in welchem nicht eine Vorstellung durch das Bewusstsein ginge. Bald ist die Aufmerksamkeit mehr der Sinnlichkeit und den Vorstellungsketten, welche sich an das Wahrgenommene zunächst anschliessen, zugewendet, bald herrschen zu Folge der Vorstellungseffecte, welche die Reize der Aussenwelt erzielen, die Reproductionen von hohen Vorstellungsgebilden vor. Im ersteren Falle lassen wir uns unterhalten, sogar zerstreuen, im zweiten denken wir nach, sind vertieft und appercipiren von der Aussenwelt nur das Nothdürftigste. Beide Zustandsformen, welche bei regelmässiger zeitlicher Abwechselung der geistigen Frische im hohen Grade förderlich sind, stehen sich doch bis zu einem gewissen Grade schroff gegenüber. Oft will es nicht gelingen, wenn wir unterhalten sind oder von grellen wechselvollen Reizen der Umgebung „zerstreut“ werden, einen Gedankengang zu verfolgen, weil die Associationen der zur Zeit vorhandenen Ideen immer wieder abreissen. Andererseits sind die ausbleibenden oder doch sehr verzögerten Antworten, der verspätete Gruss etc. des Denkenden ganz allgemein bekannt — es hat sogar Gelehrte gegeben, welche beim Arbeiten nicht einmal herannahende Gefahren, selbst für die eigene Person erkannten[1]). Nichts anderes als die

1) Mehrere Beispiele der Art hat Reil (Fieberlehre Bd. IV. S. 324) gesammelt, welche in vielen Schriften nacherzählt worden sind. Mehrere zum Theil sehr alte sind ja ohnehin famos.

einseitige starke Förderung der Ideenassociation ist Schuld an diesem psychischen Vorhalten, welches jene völlig normale als Vertieftheit bekannte Zustandsform darstellt[1]). Es gibt aber auch beim Gesunden Zeiten, ja ganze Tage, wo die Verarbeitung der sinnlichen, wie der abstracten Vorstellungen zugleich erschwert ist. Man ist nicht aufgelegt zum Begreifen der Aussendinge und es kommen keine Gedanken; selbst die leichtere Form der Association beim Anhören, Lesen eines Gedankenganges ist dann und wann aufgehoben — man capirt nichts trotz Widerholung der Worte, trotz öfterem Ueberlesen, es besteht eine Hemmung, welche stets noch mit einem deutlichen Unlustgefühle complicirt ist, einem „Gefühl" von geistiger Leere, das noch besonders von den Meisten in der Stirngegend localisirt wird. (Der allegorische Ausdruck „wie ein Brett vor dem Kopf haben" deutet ja diese Localisation mit einiger Präcision an.)

Völlig dem entsprechend sagen Melancholische nicht selten, dass ihr Denken stille stehe, sie klagen oft über eine schreckliche Gedankenarmuth, dabei über das Gefühl von Oede und Leere im Kopfe. Bei ihnen ist die Apperception der Aussenwelt erschwert, ihre Verstimmung ist dem Vorstellungslaufe, (wie schon erwähnt wurde) im Ganzen ungünstig, weil das Interesse, die wichtige Triebfeder des Denkens, zu Folge der Gefühlsvertaubung aufgehört hat; es entsteht das Gefühl der entsetzlichsten Langweile, das man wirklich Paralgie nennen könnte. Die Zeit, welche ja blos nach der Succession der Vorstellungen abgemessen wird, die desto kürzer erscheint, je reichlicher die Vorstellungen zuströmen und sich folgen (der Ideenflüchtige unterschätzt sie in der Regel, weil er immerzu unterhalten ist) kommt dem Melancholiker wie eine Ewigkeit vor, der Tag ist ihm beim Aufstehen bereits zu lang (§ 43, Beispiel 2), er ist immer gelangweilt.

Brosius, der diesen Zustand der Melancholischen gut geschildert hat, macht noch geltend, dass solche Kranke auf allerhand Mittel gerathen, diese Langeweile etwas zu mildern. Es sind die einfachsten Einfälle, die sich fast von selber bieten und sehr wenig intellectuelle Arbeit kosten: die Kranken fragen nach der Uhr, oder ob noch nicht das Essen aufgetragen, ob noch nicht spazieren gegangen werde, sie laufen herum und begehen selbst diese und jene Unsinnigkeit und Taktlosigkeit „um sich eine Aenderung des lästigen Empfindens zu

1) Purkinje neigte zu der Annahme, dass nach der Erholung nach dem Schlafe Anschauungsvermögen, Erinnerung und reproductive Imagination beweglicher und energischer seien, dass sich dagegen die höhere Urtheilskraft, der Witz, Scharfsinn, abstractes und speculatives Vermögen in höherem Grade erst nach der Mitte des Tages entwickelten (Wagner's Handwörterb. d. Physiol. Bd. III. S. 433.).

verschaffen"[1]). Esquirol glaubte sogar einen Selbstmord aus Langeweile statuiren zu können.

Jene transitorische Unfähigkeit von Aussen angeregte Vorstellungen oder Erinnerungsmaterialien denkend zu verarbeiten, welche ein noch in der Breite der Gesundheit stehendes Uebermüdungssymptom ist, zeigt deutlich in dem sie begleitenden Gefühle der Unlust die relative Leichtigkeit der Alteration an. Auch den Melancholiker, der dauernd von Vorstellungsarmuth oder vielmehr von dem aus ihr entspringendem Wehgefühle gepeinigt wird, werden wir mit vollem Rechte als noch verhältnissmässig leicht erkrankten bezeichnen. Es gibt aber auch psychopathische Zustände, bei denen die Vorstellungsassociation erheblich, ja im höchsten Grade nach allen Richtungen hin erschwert ist, ohne dass jenes specifische Gefühl im Bewusstsein hervorträte. Um diese Phänomene gleich verständlich zu machen sei erinnert an die strenge hierhergehörige obwohl noch völlig normale psychische Verfassung, welche das Sprichwort plenus venter non studet libenter ausdrückt: Nach dem Essen ist die Association der abstracten Vorstellungen auch leichthin beschränkt, aber wir spüren keine Unlust dabei, es fällt uns gar nicht ein jetzt gleich dieses unser „abstractes Denkvermögen" aufzurufen. Nach geringen Gaben von Opium bemerkt man ganz dasselbe, auch in diesem Zustande ist eine gewisse Trägheit des Denkens vorhanden und dabei doch keineswegs das peinliche Vernichtungsgefühl, dem wir ausgesetzt sind, sobald „ohne Grund" sich Abstumpfung gerade dann einstellt, wenn es darauf ankommt etwas zu erfassen oder zu entwickeln. Gleiches gilt auch von dem beginnenden Schlafe, sodann vom Fieber, überhaupt von allen Zuständen, in welchen bereits ein (sinnliches) Allgemeingefühl das Bewusstsein in Anspruch nimmt. Niemandem kommt im Zustand allgemeiner Ermüdung und bei körperlichen Beschwerden, wie sie auch heissen mögen, die Hemmung der Vorstellungsassociation zum Bewusstsein; sie wird nur zufällig bei Gelegenheiten bemerkt, aber ein besonderes Wehe entsteht zufolge des stärkeren bereits vorhandenen Unlustgefühles daraus gar nicht. Auch die Aufhebung der Association von Vorstellungen bei Affecten wirkt keine Unlust (indess die Verlegenheit deutlich phychisches Wehe deshalb setzt, weil der Verlegene noch einsieht, dass dieser Zustand gerade zur unrechten Zeit sich eingestellt hat).

1) H. Neumann macht launig auf die Analogie zwischen dem „Wassertrinken aus Langeweile" das man bei Kranken beobachtet, und dem in blasirten Zirkeln sich bis ins unendliche vervielfältigenden Bitten um „ein Glas Wasser" aufmerksam (Lehrbuch S. 61).

Erheblichere Trägheit des Verlaufes und der Association von Vorstellungen ist bei allen denjenigen Affectionen vorhanden, welche Stupor mit sich bringen. Hier ist die Erinnerungs- und Gedächtnissschwäche (§ 65) im weitesten Sinne die Hauptsache. Selbst die geläufigsten durch associative Gewöhnung befestigten Vorstellungsreihen laufen mühsam ab und werden häufig unterbrochen. Die Verknüpfung nach formeller oder inhaltlicher Verwandtschaft ist erschwert, es dauert lange bis der Kranke die einfachsten Dinge erkennt, die leichtesten Gedankenreihen zusammenbringt. Dergleichen beobachtet man in der Reconvalescenz nach schweren fieberhaften Krankheiten (Typh. exanth., Meningitis etc.) bei erheblichen Graden der Blutarmuth, bei den leichten Formen der Urämie, nach acutem Alkoholismus und bei manchen chronischen Vergiftungen (Blei, Opium etc.), endlich bei organischen diffusen Hirnkrankheiten, wenn die psychische Schwäche beginnt. Bei allen diesen Störungen ist oft auch Gemüthsstumpfheit vorhanden und die intellectuelle Schwäche erregt kein Wehgefühl.

Erreichen die soeben genannten Störungen höhere Grade, so tritt für kürzere oder längere Zeit complete Stockung des Vorstellungsverlaufes und mit ihr Bewusstseinspause auf, welche bei foudroyant verlaufenden Infectionskrankheiten und Vergiftungen, profusen Blutungen, bei epileptischen und apoplektischen Anfällen u. s. w. mit einem Schlage sich entwickelt.

§ 101. Fixe, inhaltlich falsche, Ideen und Wahnvorstellungen oder partielle Delirien sind immer Producte eines gestörten Verlaufes und fehlerhafter Association von Vorstellungen. Sie verdanken ihren Ursprung der einseitigen Förderung und der concurrirenden Hemmung in der Ideenassociation nach gewissen Richtungen hin. Ihrer Herkunft nach sind sie also dem Irrthum der beim Gesunden vorkommt, sehr nahe verwandt. Aber diese falschen Vorstellungen, welche noch physiologisch sind, werden hinterdrein leicht durch die Kenntnisse, die der Betreffende schon hat oder durch den intellectuellen Einfluss anderer, durch irgend wie gewonnene Belehrung corrigirt (so bei Irrthümern der Verwirrten, der Kinder, der Ungebildeten). Als pathologisch darf man eine falsche Vorstellung erst dann bezeichnen, wenn sie in directem Widerspruche steht zu den Kenntnissen und Lebenserfahrungen, die das Individuum bereits erworben hatte, und wenn sie sich weder binnen kurzem von selbst durch bessere Einsicht, noch durch Belehrung und Appellation an das Urtheil des Betreffenden beseitigen lässt. Fixe Ideen

und Wahnvorstellungen haben also immer eine gewisse Beständigkeit, oft sind sie für lange Zeit völlig stabil. Ausserdem kehren sie äusserst leicht, wenn einmal gebildet, wieder in das Bewusstsein zurück, sie befestigen sich durch associative Gewöhnung, während doch bei dem physiologischen Irrthume mit der Correction des falschen Urtheils nicht nur alles abgethan, sondern sogar die sicherste Garantie dafür gegeben ist, dass der Fehler künftig vermieden werde. Von den verkehrten Vorstellungen des Naturmenschen unterscheiden sich die fixen Ideen und Wahnvorstellungen des Kranken bei aller Aehnlichkeit schliesslich dadurch, dass sie, wie bereits früher (§ 32) erwähnt wurde, einen eclatanten Rückschritt des Individuums auf intellectuellem Gebiete, eine Schwächung des Erkenntnissvermögens anzeigen, während beim Naturmenschen lediglich entwickelungsgeschichtliche Unwissenheit zu den falschen Vorstellungen Veranlassung gibt. Der Kranke kann die Kenntnisse, welche seine irrigen Urtheile zu corrigiren geeignet sind, noch haben, aber er vermag sie nicht mit Erfolg anzuwenden, ja er hält wohl dasjenige, was ihm früher als wahr gegolten hat, für irrthümlich und die falschen Vorstellungen für erst jetzt erkannte Wahrheit. Zieht die Conception der falschen Ideen derartige Consequenzen für das ganze Wissen und Glauben nach sich, und ändert sie zurückwirkend noch frühere aus Erfahrungen abstrahirte Erkenntnisse um, so ist das Irresein der Intelligenz, das „Irrdenken“, der Wahn vollendet. Zwischen fixer Idee und Wahnvorstellung besteht ein principieller Unterschied nicht. Der erstere Wortbegriff umfasst nur jene völlig festgewurzelten, verhältnissmässig wenig associative Beziehungen zu den sonstigen Vorstellungen des Kranken eingehenden falschen Ideen. Die Wahnvorstellung, oder besser gesagt der Wahn hat allgemeinere Wirkungen, er verwandelt von Grund aus die psychische Persönlichkeit[1]) in ihrem Fühlen, Denken und Wollen um. Die zum System ausgearbeiteten Wahnvorstellungen beherrschen die psychischen Processe des Kranken durchweg. Jetzt hören alle Interessen völlig auf, die mit dem Wahne nichts zu thun haben, und der Kranke hat keine anderen Bestrebungen als solche, die in ihm die falschen Vorstellungen anregen. Fixe Ideen lassen noch ein richtiges Vorstellen und zweckmässiges Handeln auf ihren entfernten Gebieten zu, ein systematischer Wahn erlaubt das nicht. So gross auch der Unterschied zwischen der fixen Idee und dem Wahne erscheinen mag, beide stimmen darin überein, dass eine Umänderung des Selbst-

1) „Persönlichkeitskrankheiten“ (Ritgen). „Transformation de la personnalité.“

bewusstseins eingetreten ist, die natürlich einem Defecte gleichwerthig ist und eine mehr oder weniger tiefe Decomposition der psychischen Gesammtpersönlichkeit mit sich bringt. Hierin differiren diese unter einander nur dem Grade nach verschiedenen Anomalien von den Zwangsvorstellungen, bei denen eben das Selbstbewusstsein noch intakt ist (der Betroffene lehnt sich gegen die Ideen auf, sofern ihr Inhalt unnatürlich ist). Ausnahmslos bestehen zwischen den Gefühlen des Kranken und den falschen Vorstellungen, die er bildet die innigsten Beziehungen. Wie in der Gesundheitsbreite verkehrte Urtheile, sofern sie nicht der Kenntnissarmuth an sich ihren Ursprung verdanken, fast nur unter Beihülfe von Gefühlserregungen zu Stande kommen — Erwartung, Furcht, Hoffnung, vorgefasste Meinung — so gibt es auch keine pathologische falsche Vorstellung, die nicht irgendwie mit Unlust oder Lust etwas zu thun hätte, ja dieser Zusammenhang mit Gefühlen ist ein so inniger, dass auf ihm die symptomatische Gruppirung der falschen Vorstellungen basirt, mit welcher wir uns bald beschäftigen werden. Die genauere Analyse ergibt speciell, dass die Wahnideen immer auf die leibliche und psychische Persönlichkeit des Kranken und ihre von Haus aus nächsten oder doch durch krankhafte Vorstellungsstörung in dem Ich erweckten Interessen sich beziehen (§ 32). Der Wahnsinnige ist ausnahmslos Egoist, wenn auch nicht immer im schlechtesten Sinne.

Obwohl in vielen Fällen das Wohl und Wehe des engeren Ich den Inhalt der falschen Vorstellungen ausmacht, kommt es doch auch gar nicht selten vor, dass die Wahnideen Verhältnisse der Familie (zumal Gatten und Kinder) der Freunde in weiterer Instanz auch die Angelegenheiten der Gesellschaft, welcher der Kranke angehört, seinen Beruf, sein Glaubensbekenntniss, den Staat kurz alles das betreffen, was als Begriff bei ihm lebhafte intellectuelle Gefühle bisher unterhalten hat. Aber mit dem Beginn des Leidens, das zur Bildung solcher Vorstellungen führt, verändern sich, wie erwähnt auch oft die Gesinnungen und Interessen des Kranken und müssen neuen Gefühlen weichen, die nach ganz anderen Richtungen hinstreben. So können denn die Wahnideen auch ferne stehende, aber für Freunde, Geliebte, für Verwandte, Gesinnungsgenossen gehaltene Personen betreffen oder auf eine Gesellschaftsklasse, zu der sich der Wahnsinnige nur zählt, ohne ihr anzugehören, auf einen Glauben, den er bekennen, einen Staat, dem er angehören möchte u. dgl. mehr Bezug haben.

Vom allgemein-symptomatologischen Standpunkte betrachtet, zerfallen die Wahnideen zunächst in zwei Gruppen: die eine derselben

umfasst die traurigen, mit irgend welchem psychischen Wahn betonten, die andere die erhebenden, die ein Lustgefühl begleitet. Und in diesen Gruppen kehren weiterhin zu allen Zeiten, bei allen Völkern, Altersklassen, Geschlechtern etc. stets begrifflich gleiche, obwohl im Einzelfalle der Form nach verschieden ausgeführte Wahngebilde wieder, so dass man eine Reihe von Typen leicht unterscheiden kann. Wir wollen vorerst diese beiden Gruppen mit ihren typischen Erscheinungen überblicken.

Falsche Vorstellungen mit depressivem Inhalte sind die hypochondrischen, die im engeren Sinne melancholischen, die Verfolgungs-Wahnideen. A potiori gehören auch die Wahnformen des Behext- und Besessenseins endlich zum Theil der Wahn des Verwandeltseins hierher.

Hypochondrischer Wahn. Der Kranke ist überzeugt, mit einem schweren Leiden behaftet zu sein; entweder ist dies ein allgemeines Kranksein, eine totale Zerrüttung oder eine mehr örtliche Affection, entweder immer dieselbe oder heute diese, ein anderes Mal jene, auch können es ihrer mehrere sein. Es gehört hierher der Wahn an Lues zu leiden (Syphilidophobie) bezw. Mercurialvergiftung zu haben, die Idee einer herrschenden Seuche (zumal Cholera) verfallen zu sein, weiterhin die Hydrophobia imaginaria, die Herzfehler-, Schwindsuchtshypochondrie, der Wahn des Leber- bezw. Unterleibsleidens überhaupt, die Sexualhypochondrie, der Wahn mit Tabes, Geschwülsten, Parasiten an irgend welchem Organe, oder im Allgemeinen (Trichinen) behaftet zu sein etc. Selten ist die Wahnvorstellung, dass nahe stehende Personen an irgend welcher gefährlichen Krankheit leiden.

Melancholischer Wahn im engeren Sinne. Der Kranke hält sich für unmoralisch, schlecht, für einen „Unmenschen“, ein Scheusal, für einen von Gott verstossenen, er wähnt Verbrechen begangen zu haben (Versündigungswahn). Wo er hinkommt, stiftet er Unheil, er theilt den Fluch, der ihm anhaftet anderen mit, wie er selbst so sind auch seine Angehörigen und wer ihm sonst nahe steht verdammt. Oder Kranke hält sich für unfähig, er wird verarmen, mit den Seinigen umkommen, er wähnt schon vieles eingebüsst zu haben und zwar durch eigene Schuld.

Verfolgungswahn kann unter den verschiedensten Formen auftreten: als Wahn körperlicher Misshandlung und Verletzung (auch elektromagnetischer Wahn) des Verhungertwerdens, als Vergiftungswahn, oder der Kranke glaubt, er werde bestohlen, man agire gegen ihn (Complotte) er werde von den Vorgesetzten benachtheiligt; weiterhin gehört hierher der Wahn ehelicher Untreue, des Verhöhntwerdens durch das Publikum in Mienen, Worten und Schriften (öffentliche Blätter) etc. Häufig betrifft der Verfolgungswahn die Kinder, den Gatten, geliebte Personen überhaupt, oder die Vertreter ganzer Stände, von Bekenntnissen, politischen Parteien etc.

Der Wahn behext, besessen zu sein ist ursprünglich rein

melancholisch; denn es handelt sich um imaginäre Beeinträchtigung des körperlichen Lebens oder der psychischen Persönlichkeit. Hypochondrische Ideen und Verfolgungsdelirium werden hierbei öfter unter einander innig verbunden. Seltener spielt auch Versündigungswahn (Strafe) eine bestimmte Rolle in dem psychischen Symptomencomplexe.

Der Wahn der Metamorphose umfasst die Vorstellungen der Verwandelung in Thiere, Pflanzen, leblose Gegenstände, des Verstorbenseins, der Geschlechtsumwandelung, des Abgestorben- oder Verändertseins einzelner Körpertheile. So weit diese Ideen wehmüthig für den Kranken sind, können sie mit hypochondrischen Wahnvorstellungen, mit Vorfolgungs-, Versündigungsideen, mit dem Wahn der Behexung und Besessenheit in den verschiedenartigsten Beziehungen stehen.

Falsche Vorstellungen mit erhebendem Inhalte erscheinen als Wahn des Gesundseins, des Reichthums, des geistigen auch gesellschaftlichen Vorzuges vor anderen. Ganz gewöhnlich beziehen sie sich auf die Person des Kranken selber, selten nur auf ihm nahestehende Individuen oder Gruppen von solchen.

Der Wahn gesund zu sein ist das Gegenstück zum hypochondrischen Delirium. Der Kranke hält sich nicht allein für völlig wohl, sondern sogar für gesünder, stärker, jugendlicher als je. Dass auch bei Phthisikern so etwas vorkommt ist bekannt und wurde schon früher angedeutet. Innig hängt mit dieser falschen Vorstellung der Wahn geistig völlig normal, ja gesünder als andere zu sein zusammen: gleich den Betrunkenen, die sich für die einzig nüchternen halten, erklären manche Wahnsinnige sich für Gesunde und die Umgebung für geisteskrank. Hie und da kommt es vor, dass der Gesundheitswahn auch zärtlich geliebte Personen und nicht den Kranken selbst betrifft. Eine weitere Stufe ist die Idee, dass verstorbene Angehörige noch leben.

Der Wahn des Reichthums bildet die eine, derjenige bedeutender Capacität und genialer Begabung, persönlicher Vorzüge und Verdienste, glänzender Stellung, hoher Abstammung etc. die andere Phase des specifischen Grössenwahns. Der Kranke wähnt grosse Reichthümer entweder schon zu haben oder doch demnächst zu erhalten, er besitzt Häuser, Schlösser, ganze Länder, es kann vorkommen, dass er alles für sein Eigenthum hält. Eine krankhafte Ueberschätzung der intellectuellen Fähigheiten enthält der Wahn der Erfinder (Perpetuum mobile), die Projectenmacherei, sie tritt hervor in der Idee ein Universalgenie, ein Prophet, ein Reformator auf engerem oder weiterem Gebiete menschlichen Denkens und Strebens, ein Weltverbesserer, überhaupt der Beste der Zeitgenossen zu sein. Auch kommt es vor, dass Wahnsinnige ihre Kinder oder solche Personen, zu denen sie eine krankhafte Sympathie hinzieht, für hoffnungsvolle, grosse Menschen halten.

Nahe verwandt ist der Wahn des erworbenen oder angeborenen Vorzugs vor anderen: der Kranke ist entweder bekannt, vertraut mit hochgestellten Personen, verkehrt mit Heiligen, mit

Christus, mit Gott. Hierbei kommen die leicht verständlichen Varietäten der erotischen und erotisch-religiösen Grössenideen vor: der Wahn Geliebter der Königin, die Braut Christi etc. zu sein. Oder der Wahnsinnige hält sich für einen Verwandten von Fürsten, einen Bruder Christi u. dgl., für irgend eine bekannte grosse Persönlichkeit, für einen König, Kaiser und mehr, für einen Heiligen, für Gott, für ein noch höher stehendes Wesen. Die Idee der Mächtigkeit, welche diese Vorstellungen begleitet kann je nach dem in dem Wahn zum Rächen und Strafen oder in Beglückungswahn sich geltend machen.

Wir sehen also, dass die Gegensätze in den Wahnideen selbst bis ins Einzelne sich aufrecht erhalten: beeinträchtigte — geförderte Gesundheit, Verarmung — Reichthum, Versündigung — Verdienst, Verfolgung — Bevorzugung. Aber wir dürfen nicht vergessen, dass manche falsche Vorstellungen geradezu amphibol sind und dass gewisse depressive Wahnideen innige Verbindungen mit Grössenvorstellungen eingehen können und umgekehrt.

So kann der Wahn in ein Thier verwandelt zu sein, das Geschlecht geändert zu haben, todt zu sein, dem Kranken auch Verbesserung oder selbst eine Erlösung aus qualvollem Zustande vortäuschen. Behext- und Besessensein haben die Bedeutung von Grössenideen, wenn der Wahnsinnige weit entfernt die imaginäre Beeinflussung seiner Person schmerzlich zu fühlen, im Gegentheil mit besonderen Fähigkeiten ausgestattet und das mächtige Werkzeug einer dämonischen Gewalt zu sein wähnt. Ebenso ist es mit manchen hypochondrischen Vorstellungen: wenn z. B. der Kranke glaubt eine höhere Macht offenbare sich darin, dass sie dem Körper Krankheiten auferlege etc.

Groteske Aufschraubung der melancholischen Wahnvorstellungen durch Grössenideen kommt nicht selten vor; manche Hypochonder überschätzen den Gesundheitszustand, dessen sie sich vor ihrer Krankheit erfreuten; Melancholische wähnen früher in glänzenden Verhältnissen gewesen zu sein und alles durch eigene Schuld verloren zu haben. Auch hört man bisweilen die Kranken darüber jammern, dass man ihnen ihre eingebildeten unermesslichen Besitzthümer rauben wolle oder genommen habe (§ 74).

Weiterhin gibt es einige eigenthümliche abgeschlossene Wahnformen, bei welchen Verfolgungsideen mit Grössenwahn innig verbunden sind. Bei Hypochondern entsteht zuweilen die fixe Idee, sie seien von ihren Aerzten falsch behandelt und sie wüssten in der Medicin besser Bescheid als diese, daher sie denn Klagen gegen dieselben (Schadenersatz) anstrengen; Verfolgungswahnsinnige halten sich bisweilen für verkannt, absichtlich im Fortkommen

(Avancement) gehindert, da man (z. B. der Vorgesetzte) sie um ihre Anlagen beneide und sie fürchte; Quärulanten- und Processkrämerwahnsinn besteht aus Selbstüberschätzung und Verfolgungsideen, indem die Kranken, wegen eines Vergehens verurtheilt, sich in Recht und das Gericht, sowie alle Instanzen, an die sie gehen, im Unrecht oder gegen sie agirend glauben; primär Verrückte halten sich für nicht anerkannte, fremden Leuten untergeschobene Kinder vornehmer Eltern, sie wähnen sich um ihrer hohen Geburt willen verfolgt. Bei Hysterisch-Wahnsinnigen beobachtet man bisweilen den Wahn, dass hochgestellte Personen Angriffe auf sie machten, ebenso enthält der sexuelle Verfolgungswahn alter Frauen immer Grössenideen. Beim religiösen Wahnsinn können sich die melancholischen Wahnideen mit Selbstüberschätzung paaren (§ 38).

Ueber die Art und Weise wie Wahnvorstellungen entstehen, lässt sich wenig sicheres angeben. Dass Phantasmen falsche Vorstellungen herbeiführen, versteht sich von selbst, doch muss stets im Auge behalten werden, dass die Sinnestäuschungen in der Regel selbst schon mit den sonstigen Vorstellungen des Kranken und mit den Gefühlen, welche diese begleiten, in associativem Zusammenhange stehen, indem sie gewöhnlich zum Bewusstseinsinhalte passen oder denselben geradezu illustriren. So vermag allerdings das Phantasma zur festeren Fassung des falschen Vorstellungsinhaltes und namentlich zur Bestätigung schon fertiger Wahnvorstellungen erheblich beizutragen, aber als eigentliche Ursache erster Wahnideen dürfen wir dasselbe nicht betrachten. Andere Einflüsse müssen jene mindestens erst vorbereitet oder blass skizzirt haben, ehe die Sinnestäuschungen in den ganzen Vorgang wirksam eingreifen können. Diese Einflüsse sind gegeben in den Stimmungen, welche den Kranken beherrschen.

Wie die intellectuellen Gefühle solche Erinnerungen und Phantasiebilder, selbst Phantasmen und Zwangsvorstellungen begünstigen, welche inhaltlich der Qualität des Gefühles selbst entsprechen, so passt sich auch ganz zwangsmässig das Denken der herrschenden Stimmung an; ist sie gehoben, so wird alles leicht genommen, Vergangenheit und Zukunft erscheinen „im rosigen Lichte“, bei trüber Stimmung stellt sich Pessimismus ein und diese Einseitigkeiten führen Uebertreibungen und Urtheilstäuschungen herbei, welche um so grasser und hartnäckiger werden, je erheblicher die Verstimmung ist und je länger sie anhält. Wie nun bei nach physiologischen Verstimmungen leicht einmal Vergangenes falsch beurtheilt wird

und von Zukünftigem das Mögliche bereits als sehr wahrscheinlich genommen wird, so geräth der krankhaft Verstimmte geradezu in den Irrthum, dass er frühere Ereignisse verkehrt aufgefasst, bis dahin gar nicht verstanden habe, während er zugleich dasjenige, was in der Zukunft nur möglich, sogar unwahrscheinlich ist, für gewiss und nothwendig erachtet. In dieser Weise entstehen wohl eine grosse Anzahl einfacherer Wahnideen von körperlichen Leiden, eigenem Unwerth, Verarmung, Beeinträchtigung oder von entgegengesetzten Verhältnissen. Leicht können nun lebhafte Phantasievorstellungen nebenher laufen, auch Träume in diesem Sinne erfolgen und der Kranke nach einiger Zeit das Vorgestellte für wirklich Geschehenes halten (Hagen's Erinnerungswahn) oder es treten entsprechende Phantasmen ein und bringen mit einem Schlage die noch schwebenden allgemeinen Vorstellungen in eine concrete Form. Von der Annahme, dass die Stimmungsumänderung selbst den Kranken zum Forschen nach ihrer Ursache, zu bewussten Reflexionen und daher zu Erklärungsversuchen veranlasse, darf, wie aus dem Vorhergehenden sich ergibt, jedenfalls nur mit Beschränkung Gebrauch gemacht werden. Vielleicht entstehen gewisse gegliederte hypochondrische und jene zusammengesetzten Wahnformen des Besessenseins, sowie der Behexung und Metamorphose, endlich manche Varietäten des religiösen Wahnsinns in einzelnen Fällen auf dem Wege einer solchen Analyse des eigenen psychischen Zustandes.

Griesinger hat darauf aufmerksam gemacht, dass bei Melancholischen sich bisweilen völlig unverbundene Grössenideen zwischen die depressiven Vorstellungen einschieben. Sie können je nach dem den Charakter von Zwangs- oder von Wahnideen haben. Wenn z. B. eine Kranke mit tiefniedergeschlagener Stimmung Selbstbeschuldigungen äussernd, zugleich klagt, sie könne den „dummen" Gedanken eine Prinzessin zu sein nicht regieren, derselbe überströme sie, so handelt es sich um eine Zwangsvorstellung. Eine Wahnidee war es aber offenbar, wenn eine in tief melancholischem Traumzustande versunkene Puerperalkranke auf die Frage, wo sie sich befinde, leise und zögernd antwortete: „beim Kronprinzen und beim Herrn Regierungsrath."

Es ist möglich, dass bei diesen Vorstellungsprocessen die Association durch Contrast geschieht, indem die Anspannung der Aufmerksamkeit auf Wehgefühle und traurige Gedanken nachlässt (§ 89) und dieser Nachlass schon Lust bewirkt (§ 48), die nun ihrerseits erhebenden Vorstellungen förderlich ist.

Wie die intellectuellen, so können auch sinnliche Gefühle Ver-

anlassungen zu Wahnvorstellungen geben. Es ist früher schon erwähnt worden, dass ganz richtige Wahrnehmungen von Aussendingen oder von innerlichen Vorgängen im Körper bei Centralaffectionen oft falsch beurtheilt werden (§ 72 ff.). Dies geschieht nun um so leichter, je lebhafter die sinnlichen Gefühle sind, welche der Eindruck erregt. Namentlich schmerzhafte Sensationen, subjective neuralgische Gefühle scheinen der Anbildung von Wahnideen Vorschub zu leisten. Schüle[1]) hat diese interessanten Beziehungen zwischen Peripherie und (erkranktem) Sensorium genauer kennen gelehrt und wahrscheinlich gemacht, dass bei verschiedenen neuralgischen und paralgetischen Sensationen bestimmte typische Allegorisirungen des Gefühlseindruckes stattfinden: dämonomanische Wahnvorstellungen bei Intercostalneuralgie und fixen Schmerzen in der Gegend des Sternum und Epigastrium, Schwangerschaftswahn bei visceralen Neuralgien der Genitalien, fixe Ideen nicht mehr denken zu können bei Frontal- und Occipitalneuralgien u. s. w.

Schüle erinnert in Bezug auf diese Erscheinungen an die geläufigen Ausdrücke nagende, bohrende Schmerzen u. s. w., welche eine, dem Gesunden bewusste, Vergleichung der Empfindungsqualität mit einer Vorstellung in sich schliessen. Bei Krankheiten des Sensoriums, welche die Urtheilskraft schwächen, werde das Subject, meint Schüle, der individuell und zwar mit einem gewissen Zwange vollzogenen Vergleichung nicht mehr inne, sondern es werde die sinnlich bildliche Vorstellung geradezu als adäquate Uebersetzung auf den Gefühlseindruck bezogen (Allegorisirung des Gefühlseindruckes). Diese Verknüpfung des Eindruckes mit einer bestimmten Vorstellung vollziehe sich, wenn der äussere Reiz heftig sei, bei krankem Sensorium directer und bleibe auch eine viel innigere als beim Normalverhalten der Centralorgane, welches vielfachen Wechsel der Allegorisirungen zulasse.

Anomalien des Strebens und Wollens.[2])

§ 102. Gefühle und Vorstellungen vermögen das Verlangen nach Aenderung oder Fortdauer des durch sie hervorgerufenen Be-

1) Schüle, Disphrenia neuralgica. Carlsruhe 1868.

2) Literatur: Crichton a. a. O. S. 290 ff. — Haindorf a. a. O. Kap. III. — Heinroth a. a. O. S. 347. — Leupold a. a. O. S 134. — K. G. Neumann a. a. O. S. 371. — Derselbe, Krankh. des Gehirns. Coblenz 1833. S. 358 ff. — Ideler, Grundriss der Seelenheilk. Berl. 1838. I. § 73 ff. II. § 142. — Esquirol, Geisteskrankh. Deutsch v. Bernhardt. I. S. 133 ff. — Jessen, Art. Insania und Art. Moria i. Berl. enc. W.-B. d. med. Wissensch. — Friedreich a. a. O. Kap. I.

wusstseinszustandes zu erregen und active psychische Lebensäusserungen auszulösen, welche als Strebungen und Willensimpulse bezeichnet werden. Es ist für die erste Orientirung auf dem Gebiete der allgemeinen Psychopathologie wichtig, die Anomalien des Strebens und Wollens von den Gefühls- und Vorstellungsstörungen zu sondern, wenn jene auch im Grunde genommen ausnahmslos auf diese zurückgeführt werden müssen.

Die Fähigkeit, bestimmte Reize auszugleichen, die aus dem Lebensprocesse mit Nothwendigkeit hervorgehen, bringt der Organismus bei der Geburt gleich mit. Sie äussert sich in einfacheren und jenen sehr complicirten Reflexbewegungen, welche als Wirkungen „angeborener Triebe“, „instinctiven Strebens“, „unbewussten Wollens“ bezeichnet, ihren geordneten und zweckmässigen Verlauf ohne Zweifel bestimmten, den Nervenapparaten durch Vererbung eigenthümlichen, Dispositionen zu umfassenden Zusammenwirkungen verdanken. Die Reize, welche zuerst dergleichen zweckmässige Vorgänge veranlassen, werden, sobald Bewusstsein vorhanden ist, als Unlustgefühle percipirt und der Zustand, den die reflectorischen jene Reize wieder ausgleichenden Bewegungen herbeiführen, ist Lust. Da nun diese häufig sich abspielenden Vorgänge Erinnerungen hinterlassen, wird ermöglicht, dass nach und nach mit jedem Wehgefühle die Vorstellung seiner Vernichtung, ein Begehren nach Lust sich aufdrängt. Aber

§ II. — Siebenhaar, Handb. d. Staatsarzneik. Leipzig u. Dresden 1840. Bd. II. S. 830 ff. — Weinling, Diss. de Abulia. Lips. 1842. — Marc-Ideler, Die Geisteskrankh. i. i. Bezieh. z. Rechtspflege. Berlin 1843. Bd. I. Abschn. II. — Sinogowitz, Geistesstörungen. Berl. 1843. S. 340. — Griesinger, Ges. Abh. I. S. 1 ff. — Derselbe, Lehrbuch § 46, 47. — Leubuscher, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. IV. 1847. S. 562. — Billod, Annales méd. psych. X. 1847. H. 7 u. 11. — Sandras, Un. méd. 1852. No. 82 u. Canst. Jahresb. 1852. Bd. IV. S. 88. — Parigot. Journ. d. méd. et chir. et de pharm. de Brux. 1855 Dec. u. Canst. Jahresb. 1855. Bd. IV. S. 5. — Kieser, Elemente der Psych. § 58 b. — Wunderlich, Pathologie. II. Aufl. III, 1. S. 152 ff. — Spielmann, Diagnostik d. Geisteskrankh. Wien 1855. — Wachsmuth, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XV. 1858. S. 325 ff. — Brosius, ibidem. Bd. XVIII. 1861. S. 161. — Derselbe, Psychiatr. Abh. II. S. 150 ff. — Knop, Die Paradoxie des Willens. Leipz. 1863. — Finkelnburg, Giebt es Willensstörungen, welche unabhängig sind v. Stör. d. Intelligenz? Neuwied 1863. — Morel, Du délire émotif. Paris 1866 u. Traité d. mal. ment. p. 519. — Maudsley a. a. O. Cap. VII u. Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskr. Leipz. 1875. S. 128 ff. — Meynert, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. II. S. 622. — Legrand du Saulle, Erbl. Geistesstör. Deutsch v. Stark. Stuttg. 1874. — v. Krafft-Ebing, Beitr. z. Erk. des krankh. Gemüthszust. Erl. 1867. — Derselbe, Ger. Psychopath. Stuttg. 1875. S. 170 ff. — Derselbe, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VII. S. 291 ff. — Bartelink, Psychol. Bedeut. d. Appetitsstörungen. Diss. Würzb. 1876.

die Vorstellung von der Lust ist selbst beim Vorhandensein bereits bekannter Wehgefühle ganz dunkel, weil Gefühle selbst nicht reproducirt, folglich auch nicht als solche anticipirt werden können, sondern nur die unbestimmte Vorstellung von dem Zustande des Bewusstseins wiederkehrt, den das Gefühl mit sich brachte (§ 62).

Schon die peripherischen Reize an sich, welche als Gefühle percipirt werden, erregen diejenigen Apparate, welche sie beseitigen oder aber verlängern, beziehentlich steigern können, je nachdem diese Gefühle unangenehme oder angenehme sind. Mit dem Begehren nach Aufhebung von Wehe, nach Verlängerung der Lust wächst diese Erregung und je heftiger der das Begehren veranlassende Reiz, je häufiger schon die Befriedigung percipirt worden ist, desto mehr wächst auch das Verlangen nach der Lust, es wird zur Begierde. Streben entsteht erst aus der sinnlichen Begehrung, wenn zugleich Erinnerungs- (oder Phantasiebilder) von Bewegungen associirt werden, die früher schon zur Befriedigung von Gefühlserregungen führten, welchen die gerade bestehenden identisch (oder ähnlich) sind. Mit dem Eintritte dieser Bewegungsvorstellungen ins Bewusstsein erscheint auch alsbald ein Impuls sie zu vollführen, der als heftiger Reiz auf die motorischen Apparate wirkt, welche zu Folge vererbter Disposition und häufiger Uebung auf diesen Reiz sehr leicht reagiren und die entsprechenden Bewegungsvorgänge zum Ablauf bringen, sobald nicht äussere oder innere Hindernisse Halt gebieten.

Während auf der frühesten Stufe Begehren und Streben nur auf sinnliche Lust gerichtet sind, erstrecken sie sich später auf alle Gefühle, deren überhaupt der Mensch fähig wird. So entstehen neben den sinnlichen ästhetische, gemüthliche und moralische Begehrungen und Strebungen; kein normal entwickeltes Individuum ist völlig baar von solchen, obwohl die Einzelnen in dieser Beziehung gerade wesentlich differiren. Diese individuellen Differenzen in den höheren Begehrungen und Strebungen, welche als „geistige Triebe" die Grundlage des Charakters ausmachen, müssen ebenfalls als Effecte vererbter Dispositionen in den Nervenapparaten betrachtet werden. Die geistigen Triebe treten selbstverständlich als solche erst hervor, wenn Erinnerungsvorstellungen von Zuständen da sind, welche durch intellectuelle Lust und Unlust herbeigeführt wurden. Sobald diese Vorstellungen irgend wie reproducirt werden, können auch Begehren und Streben eintreten und direct diejenigen Apparate erregen, deren Thätigkeit die gleichen (oder ähnliche) Lustgefühle früher zum Bewusstsein brachte.

Weder dem sinnlichen noch dem intellectuellen Streben schwebt

anfangs ein klares Ziel, eine Erkenntniss des Resultates vor; es ist rein triebartig, instinktiv. Es wird nur Lust in der Vorstellung anticipirt, ob sie wirklich durch die (unwillkürlich) zum Ablaufe kommenden Bewegungen oder reproducirten Vorstellungen erreicht werden wird, kommt gar nicht in Betracht. Vermöge vererbter Disposition und individueller Ausbildung der Nervenapparate wird nun der begehrte Lustzustand in vielen Fällen herbeigeführt werden, in anderen wieder nicht, daher denn die Triebe auch leicht zu Verirrungen führen.

In den verschiedenen Lebensabschnitten sind die sinnlichen und intellectuellen Begehrungen der Qualität und Intensität nach verschieden (§ 10). Ganz specifische Strebungen und Abneigungen hängen zumal von dem Geschlechtstypus und der Entwickelung der Sexualorgane ab, welche zugleich sinnliche und intellectuelle Triebe anregt, die bis zu der Zeit, da die Pubertät eintritt, bei normalen und unverdorbenen Individuen nicht vorhanden waren.

Die Disposition der Nervenapparate zur Wiederholung einmal abgelaufener Erregungsprocesse tritt sehr scharf bei den Begehrungen und Strebungen hervor; alle befestigen sich nach und nach und werden zur Gewohnheit, viele von ihnen werden immer heftiger „unwiderstehlich" und unter diesen selbst solche, für welche keinerlei Disposition durch Vererbung angelegt war, die vielmehr durch Zufall geweckt wurden. Die Macht der Gewohnheit degradirt auch viele motorische und psychische Acte, welche anfangs willkürlich waren, zu triebartigen oder instinktiven, die, ohne dass irgend welche Bewusstseinserregung stattfände, auf Eindrücke der Aussenwelt oder auf Apperceptionen innerer Zustände hin ablaufen, die den früheren Bewusstseinszuständen identisch oder verwandt sind, welche einmal oder öfter die betreffenden Vorgänge angeregt haben. Solche Begehrungen werden „zur andern Natur". Dahin gehören auch die Handlungen, welche aus Takt, Scham u. s. w. vollzogen werden (§ 89).

Den triebartigen instinktiven Akten stehen gegenüber die willkürlichen Handlungen, welche der objectiven Beobachtung in spontanen Bewegungen, der inneren Erfahrung aber in absichtlicher Aufmerksamkeit auf äussere Eindrücke wie im Besinnen und Nachdenken sich kundgeben. Das Begehren, welches den willkürlichen Akt veranlasst, ist ebenfalls auf ein (anticipirtes) Lustgefühl gerichtet; die Zustandsveränderung aber, durch die es erreicht werden soll, ist schon ehe das Streben, der Impuls sie zu verwirklichen anhebt als Vorstellung im Bewusstsein vorhanden, was die Bezeichnung

Absicht ausdrückt, indem ein Absehen, ein Vorauserkennen eines Zieles beim Wollen stattfindet. Den absichtlichen Bewegungen war das Erinnerungs- oder Phantasiebild des als zweckmässig erkannten und deshalb begehrten motorischen Aktes und namentlich seines Effectes, also z. B. das Bild der Lage oder Stellung der betreffenden Theile vorausgegangen. Willkürliches Aufmerken tritt erst ein nach dem Bewusstwerden der Wechselbegriffe Beharrung oder Veränderung des Objectes. Absichtliche Reproduction bez. Bildung einer Phantasievorstellung, Nachdenken fangen nur an, wenn der Begriff vorschwebt, unter den die gesuchte Vorstellung oder das Resultat des Denkprocesses fällt. Der Impuls, der zu einer Veränderung des Bewusstseinszustandes führt, geht also beim Wollen nicht von einem dunkeln Begehren nach Lust aus, sondern von der Erkenntniss eines Zieles.

Der Willensimpuls benutzt, um den Zweck zu verwirklichen, gewisse schon auf die mannigfachsten Zusammenwirkungen eingeübten motorischen und Vorstellungen vermittelnden Apparate und diese besorgen ohne Weiteres die gewollten Bewegungen und Vorstellungsprocesse, bis das Ziel erreicht ist. Sollten sie über dasselbe hinaus noch fortarbeiten oder andere, selbstständig functionirende, Apparate mit in Erregung gerathen, so erfolgt, nachdem augenblicklich wieder das Ziel des Wollens bewusst geworden ist, ein neuer jetzt hemmender Impuls. Gerade so kann nun auch der Wille reflectorische oder Gewohnheitsbewegungen und von selbst nach den Associationsgesetzen sich schliessende Vorstellungsreihen hemmen, wenn sie im Gange sind, sogar ihren Eintritt, den das Bewusstsein voraus sieht, verhindern. Fortwährend bieten sich derartige Processe und bisweilen ist es so schwer ihnen absichtlich zu widerstehen, dass zur Aushülfe energisch die Antagonisten angespannt oder andere Vorstellungen mit Gewalt ins Bewusstsein gezogen werden müssen (willkürliches Denken an „etwas anderes“). Gerade der Umweg, den hier das bewusste Wollen macht, beweist für die hohe Selbstständigkeit der Nervenapparate, welche triebartige und angewöhnte Bestrebungen vermitteln. Man könnte sagen, es werde bei diesen Vorgängen eine Kraft frei, welche nur abgeleitet und zur Ausführung anderer Arbeit verwendet wird.

Die Herrschaft des Willens, die einmal gewisse Apparate zur Thätigkeit, andererseits zur Ruhe bestimmt, indem durch sie die schon vorhandene Erregung ausgeglichen wird, lässt das Wollen frei erscheinen; weil vor dem Willensimpulse, vielleicht erst nach einigem Schwanken die Entscheidung für einen von mehreren möglichen Akten stattfinden kann, sollte der Wille stets in Form einer Wahl

sich bethätigen, wie der Wortbegriff Willkür andeutet. Aber das Wählen ist Erkenntnissvorgang, dessen Resultat erst den Willensimpuls bestimmt, indem ein Entschluss gefasst wird. Die Motive, welche diesen Entschluss herbeiführen, geben schliesslich doch nur intellectuelle Gefühle ab und da dieselben durchaus individuell d. h. Producte angeborener, vererbter Anlagen, der Erziehung, der Schicksale, der äusseren Lebensbedingungen überhaupt sind, wirken auf die Entschliessung eine Anzahl von Factoren ein, die in Totalität nicht völlig klar vor dem Bewusstsein stehen, wenn der Wahlakt vor sich geht. So ist der Willensakt als Folge der Wahl in jedem Einzelfalle zuletzt doch wieder die nothwendige Function eines Naturmechanismus, mit anderen Worten Aeusserung des stets individuellen Charakters. Wenn trotzdem stillschweigend bei allen erwachsenen bis zu einem bestimmten Grade ausbildungsfähig befundenen und wirklich auch ausgebildeten Menschen die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung, eine Willensfreiheit vorausgesetzt wird, so beruht diese Annahme auf der Erfahrung, dass die Charaktere in den wesentlichsten Eigenschaften bis zu einem gewissen Grade dann übereinstimmen, wenn eine Summe von Lebenseinflüssen in gleicher Weise auf gleichartig angelegte Centralorgane eingewirkt haben. Deshalb kann bei Kindern und solchen, die mit physischen Schwächezuständen von Haus aus behaftet sind, keine Willensfreiheit vorausgesetzt werden. Die psychopathischen Processe aber heben dieselbe auf, da sie eben den Charakter ändern und jene Eigenschaften beseitigen können, in welchen das Individuum früher mit anderen übereinstimmte.

Dass gewisse Begehrungen der Einzelnen oder vielmehr die Handlungen, durch welche sie befriedigt werden, mit den Interessen Anderer oder der Gesammtheit collidiren, s o l l der Mensch von einem gewissen Lebensalter an wissen und die Erkenntniss, in welchen Fällen dem so ist (Libertas judicii), s o l l bei seinen Entschlüssen maassgebend sein (Libertas consilii). Man setzt voraus, dass die Wahl nicht auf die dem eigenen Ich allein förderliche Handlung falle, sondern dass den Begehrungen nur dann nachgegeben werde, wenn sie ohne Nachtheile für andere befriedigt werden können. Gerade das Bewusstsein, dass der Eine durch seine Handlung den Andern nicht schädigt, soll intellectuelle Lust erregen: Der Mensch soll nur das Gute und Sittliche wollen. Um dem Willen diese Richtung zu geben, appelliren Erziehung und Ausbildung an die natürlichen Fähigkeiten des Menschen, an seine Disposition zu intellectuellen eben aus Erkenntnissen hervorgehenden Gefühlen (Takt, Scham, Gewissen), aber auch an seinen Abscheu vor sinnlichem Wehe (körperliche Strafe). Selbst wenn durch Vererbung und fehlerhafte Erziehung bei einem Individuum besondere Disposition zum Schlechthandeln (reiner Egoismus) entstanden ist, kann noch durch systematische Ausbildung von Takt, Scham und Gewissen,

durch Beibringen von Kenntnissen des Erlaubten und Verbotenen, Strafbaren die Fähigkeit, sich im Falle der Wahl für das Gute zu entscheiden, begründet werden. Auf das Gute und Sittliche vermag daher der Entschluss nicht allein in Folge natürlicher Anlagen, oder einer künstlichen Verbesserung des Charakters zu fallen, indem bei dem Wahlakte anticipirte Gefühle (Gewissensbisse, Reue — Zufriedenheit) mitwirken, sondern auch deshalb, weil bestimmte äussere und zwar nachtheilige Folgen vorausgesehen werden, welche die Wahl und Ausführung der schlechten Handlung nach sich ziehen kann. Diese Folgen sind entweder anticipirte intellectuelle Wehgefühle, wie Schande und Verachtung, deren auch Gewissenlose fähig sind, oder sinnliche wie Züchtigungen, endlich aber gemischte wie diejenigen, welche Geldbussen und Beraubungen der Freiheit mit sich bringen. Alle diese Motive, welche den Entschluss im Falle der Wahl zwischen zwei Handlungen, zwischen Begehung und Unterlassung einer That auf das Gute und Sittliche zu richten vermögen, können völlig schweigen oder nur schwach sich geltend machen. Das erstere ist schon im Affecte der Fall, bei welchem die Wahl auf unsittliche Handlungen fallen kann, die ohne Weiteres auch ausgeführt werden und zwar ohne Erwägung der möglichen Folgen für die eigene Person. Andererseits können aber auch sinnliche und intellectuelle Begehrungen, die als unsittliche anerkannt sind, die hemmenden Motive niederwerfen und den Entschluss zu Gunsten des Schlechten entscheiden. Je zweckmässiger dabei die Wahl der Mittel, der äusseren Umstände wie Zeit und Oertlichkeit ist, je mehr also den muthmasslichen oder nothwendigen äusseren Folgen vorgebeugt wird, welche die Befriedigung der egoistischen Begehrungen nach sich ziehen wird, desto klarer hat das Subject die Unsittlichkeit der beabsichtigten Handlung erkannt; die Willensimpulse gehen dann in der ganzen Kette von Wahlakten stets von egoistischen Motiven aus, welchen keine moralischen Gefühle das Gegengewicht halten (böser Wille, dolus). Bisweilen allerdings ist selbst beim Verbrechen noch das Gewissen lebendig genug, um dem Vorsatze entgegen zu treten und im letzten Momente noch die That zu hindern; aber es kommt auch vor, dass es absichtlich durch besondere Anstrengung übertäubt oder durch Kunsthülfe beschwichtigt wird. (Muthtrinken der Verbrecher: künstlich hergestellte moralische Analgie.)

Obwohl zwischen den instinktiven, triebartigen und den willkürlichen Akten keine scharfe Grenze besteht, da beide durch zahlreiche Zwischenstufen in einander übergehen, und sogar die Selbstbeobachtung oft nur schwer darüber ins Klare kommt, wie viele Handlungen instinktive oder willkürliche sind (z. B. von den gewohnten Tagesgeschäften), so ist es dennoch für die Betrachtung der Anomalien, welche in den Strebungen bei Krankheiten der Bewusstseinsorgane sich kundgeben, wichtig, Trieb und Willkür genauer zu trennen (wenn man nicht jenen als den Ausdruck eines „unbewussten Wollens“ anerkennt). Es sind demnach zu unterscheiden Anomalien des trieb-

artigen Strebens (ϑυμός), nämlich Steigerungen und Verminderungen derselben (Hyperthymie und Athymie) und weiterhin krankhaft gesteigerte Willensenergie (Hyperbulie) und Willensschwäche bis zur Willenslosigkeit (Abulie).

Steigerung des triebartigen Strebens (Hyperthymie).

§ 103. Da jeder Inhalt des Bewusstseins, er sei Empfindung oder Vorstellung, stets mit Gefühlen betont ist, die ein Begehren nach Fortdauer oder Aenderung des jeweiligen Zustandes erregen, so sind wir fortwährend im Zustande des Begehrens und Strebens so lange Bewusstsein vorhanden ist. Aber dieses Getriebenwerden nimmt der gesunde Erwachsene überhaupt erst wahr, wenn die vorhandenen Gefühle heftigere Grade erreichen, so dass sie die Aufmerksamkeit unerbittlich fixiren und die Ideenassociation in der Weise beeinflussen, dass Vorstellungen von Befriedigung der schmerzlichen, von Erhaltung, Steigerung der angenehmen (Vermeidung entgegengesetzter) Gefühle sich energischer aufdrängen. Wie die Begehrlichkeit in letzter Instanz, so ist auch die Hingabe an die triebartigen Strebungen, sie mögen sinnlich oder intellectuell sein, durchaus individuell und selbst bei dem Einzelnen hinsichtlich Befriedigung der gleichen Gefühle zu verschiedenen Zeiten ganz normalen Schwankungen unterworfen. Wie stark hierbei übrigens die Gewohnheit mitwirkt, drückt schon der Wortbegriff Verwöhnung sehr präcise aus.

Krankhaft kann die Begehrlichkeit und ihr Uebergang in Strebungen (psychische Reflexaction, Griesinger) in verschiedener Weise gesteigert sein. Einmal allgemein, indem jeder Bewusstseinsinhalt heftige (und unmotivirte) Bestrebungen (bez. Widerstrebungen) anregt, dann aber auch einseitig in der Weise, dass specifische Begehrungen (oder Aversionen) leichter als der Norm entspricht auftreten und ohne weiteres auch zu den gleichen oder verwandten Strebungen führen.

Allgemeine Hyperthymie besteht darin, dass jeder beliebige äussere Eindruck und jede reproducirte Vorstellung gleich mannigfaltige Strebungen anregen, die beim Gesunden nur schwach oder gar nicht auftreten. Unangenehme Eindrücke erwecken intensive und schnell befriedigte Antriebe ihnen zu entfliehen oder sie zu beseitigen, zu verändern, also neue an ihre Stelle zu setzen. Treten unliebsame Vorstellungen auf, so erscheint augenblicklich instinktives Begehren nach einem anderen Gedanken und rasch wird ein solcher associirt.

Wenn dagegen der Kranke etwas wahrnimmt oder an etwas denkt, was ihm Lust erregt oder Vergnügen machen wird, begehrt er gleich Verlängerung, Steigerung bez. Herbeiführung des angenehmen Zustandes; die triebartigen motorischen wie psychischen Akte, welche unmittelbar und ohne Hemmung aus dem Begehren hervorgehen, führen aber, wenn überhaupt, doch nur kurze Befriedigung herbei, es tritt unverhältnissmässig rasch wieder Langeweile ein, welche heftiges Begehren nach neuem Materiale für die Aufmerksamkeit wachruft. Selbstverständlich ist mit diesem Zustande, der sich besser demonstriren als beschreiben lässt, Ideenflucht und oft genug auch Stimmungswechsel verbunden[1]). Aeusserlich gibt sich der erleichterte Uebergang der Vorstellungen in Strebungen durch Vielbeweglichkeit, Hin- und Herlaufen, Tanzen, lautes Wesen und rastlose Unstätigkeit, durch unmotivirte, auch unanständige Handlungen u. s. w. zu erkennen, während man zugleich aus den continuirlichen Gesprächen „ich wünsche das oder dies, ich will, ich werde dies und jenes thun", aus dem Renommiren und Prahlen, dem Drohen mit Ausführung von allerhand Plänen und Projecten die gesteigerte Begehrlichkeit im Bereiche der Vorstellungen überhaupt erkennen kann. Der Kranke thut dann alles, was ihm in den Sinn kommt, es tauchen Wünsche in ihm auf, die bei der grossen Mehrzahl der Menschen nicht oder nur auf besondere Anlässe hin sich melden und dann vielleicht noch als „fromme" erachtet werden. Für die Kranken, welche sich in dem fraglichen Zustande befinden, gibt es keine unmotivirten Strebungen, keine frommen Wünsche mehr; in der Aufregung und Hast schweigen alle hemmenden, corrigirenden Vorstellungen, die Besonnenheit ist aufgehoben und mit ihr die Fähigkeit sich zu beherrschen, theils weil keine Motive aufkommen, die zu Ursachen hemmender Willensimpulse werden könnten, theils weil dieselben zu schwach sind und gegen die zwangsmässigen Strebungen nichts ausrichten. Ganz vorzüglich hat H. Neumann[2]) den in Rede stehenden Zustand mit wenigen charakteristischen Strichen geschildert: „Kaum hat sich der

1) Im weiteren Sinne, meint Wundt (Physiol. Psychol. S. 815), könnte man die ganze Bewegung der Aufmerksamkeit, welche den Verlauf der Vorstellungen durch den Blickpunkt des Bewusstseins bestimmt, eine Triebäusserung nennen, da jede Spannung der Apperception, wodurch sich diese einer zu erfassenden Vorstellung zuwendet, eine elementare Triebäusserung sei, die sich als Begehrung und Widerstrebung gestalte, wenn der Inhalt der Vorstellung Anlass gibt zu Gefühlen der Lust oder Unlust. Demnach könnten Ideenflucht und Stimmungswechsel selbst wieder als Aeusserungen des heftigen Triebes nach Veränderung des Bewusstseinszustandes betrachtet werden.

2) Lehrbuch der Psychiatrie. S. 71.

Kranke irgendwo niedergelassen, so muss er schon wieder fort; er muss spazieren gehen, einen Freund besuchen, unnütze Einkäufe machen. Aber nirgends hält er Stich; kaum erschienen, ist er schon wieder verschwunden. Er rennt ins Schauspielhaus, in Concerte, in Spielhäuser, oder, je nach der gesellschaftlichen Kategorie, von einem Bierhause oder Branntweinladen in den andern, schwärmt für Cigarren, die er kaum angeraucht wieder wegwirft u. s. w." Kranke, die mit diesem Zustande (Delirium der Handlungen) behaftet gewesen sind, erzählen hie und da hinterdrein, dass sie mancherlei Geschehenes als unsinnig erachtet aber doch den Ablauf der Handlungen nicht hätten hindern können; sie hätten so handeln müssen; andere wissen, rasch zur Besonnenheit gelangt, das was sie thaten geschickt zu bemänteln (§ 97), selten einmal hört man auf Einwürfe gegen das Treiben: „wir die Narren dürfen uns das ja erlauben".

Die soeben geschilderte Störung treffen wir vor allem bei Tobsüchtigen, welche auch entsprechende Gefühls- und Vorstellungsanomalien aufweisen: es besteht bei ihnen starke Beweglichkeit der Gefühle und Stimmungswechsel, die Anschauungen bilden sich sehr leicht und rasch, die Reproduction ist erleichtert, es ist Ideenflucht vorhanden. In dem Krankheitsbilde, welches man ehedem als Moria (Ehrhardt) bezeichnete, ist die allgemeine Hyperthymie als wichtiges Element enthalten. Auch wird sie im Beginne der progressiven Paralyse, im Zustande der Trunkenheit, hie und da bei hysterischen Paroxysmen und bei Lyssa humana beobachtet. Dass in den Aeusserungen der Maniakalischen sich das Vorherrschen „übermächtiger Triebe" kundgibt, bemerkte zuerst M. Jacobi[1]).

Beispiele: 1) Tobsucht nach einem Abortus. Wilhelmine J., 23 Jahre alt, Dienstmädchen aus S. wird am 4. Dec. 1867 in die Irrenanstalt (Jena) aufgenommen. Sie hatte kurz vor ihrer Einlieferung einen Tanz besucht, sich bei dieser Gelegenheit auffällig betragen, z. B. die Tänzer selbst gewählt. Bei hochgradiger Ideenflucht ist sie äusserst unruhig und aufgeregt, kann nur kurze Zeit sitzen, läuft bald eine Strecke weit schnell, bald schleicht sie langsam, ist jähzornig und gewaltthätig. Sie wünscht kein Geräusch zu hören, obwohl sie selbst fortwährend plappert, ja so laut schreit und singt, dass sie bald heiser wird, kann sie nicht einmal das Gespräch Anderer vertragen. Bald verweigert sie die Nahrung, bald schlingt sie massenhaft Speisen und Getränke. Sie reisst sich die Haare aus und ändert oft an ihrem auffällig hergerichteten Anzuge, verdirbt Häkel- und Strickarbeit (zu denen sie übrigens Geschick zeigt) indem sie Muster und Farbenzusammenstellung auf die unsinnigste Art verändert.

(Eigene Beobachtung.)

1) Die Hauptformen der Seelenstörung. Leipzig. 1844. S. 481.

2) Marie K., 20 Jahre alt, Dienstmädchen aus S., stand unter dem Einflusse erblicher Disposition zu Neurosen, zeigte frühzeitig Unstätigkeit, erlitt häufige körperliche Züchtigungen; Unregelmässigkeiten der spät eingetretenen Menses, dabei nachweisbare Ovarialschmerzhaftigkeit, Helminthiasis (Taen. mediocan.) bestanden als heftige Tobsucht nach melancholischer Verstimmung eintrat, die während anhaltenden Arbeitens in der Sonnenhitze mit blossem Kopfe (schwarzes Haar) sich entwickelt hatte. Bei der Aufnahme (6. Oct. 1868) ist sie keinen Augenblick ruhig, springt auf dem Corridor auf und ab, setzt sich in die Ecken, legt sich auf den Boden, wälzt sich singend, pfeifend, schwatzend, laut lachend oder thierische Stimmen nachahmend auf dem Boden herum; schwatzt zusammenhangloses Zeug, schneidet Fratzen, kleidet sich um, indem sie die Garderobe wendet, vermummt sich und wird auf kurzen Verweis ungezogen, gewaltthätig, während ruhiges Zureden und ernster Hinweis auf die Lächerlichkeit ihres Benehmens kurze Zeit Ruhe schaffen. Sie steht dann beschämt und still oder trotzig und versteckt, um gleich darauf wieder in Gelächter ausbrechend fortzulaufen und in den alten Zustand zu verfallen. (Eigene Beobachtung.)

§ 104. Von manchen Seiten wird ein heftiger Trieb zum Muskelgebrauche, eine krankhafte Lust am Bewegen überhaupt als besondere Elementarstörung unterschieden (Guislain, Griesinger, H. Neumann), welche sich in allgemeiner Unruhe, Jactation, rastlosem Springen, Tanzen, Ausführen gewohnter (und an sich gewisse Zwecke erfüllender) Bewegungen, Grimassen, Singen, Schreien u. s. w. kundgibt. Dieses Phänomen ist bei den maniakalischen Formen Theilerscheinung der soeben geschilderten allgemeinen Hyperthymie.

Es gibt aber auch Kranke, welche diesen Trieb zu Bewegungen verrathen und nichts weniger als maniakalisch sind. Wie schon der Gesunde in Erwartung, Angst, Verlegenheit allerhand kleine, unnütze Handlungen, Zupfen an den Kleidern, Wechsel des Ortes und der Stellung, Räuspern, Zerknittern von Papier u. s. w. instinktiv vornimmt, so sehen wir bei einfacher Melancholie, bei trauriger Verstimmung mit Angst häufige motorische Akte, welche bald klein und unbedeutend, bald aber auch sehr complicirt sind und lange Zeit fortdauern, indem die Kranken, von Angst und physischem Schmerz getrieben Tag und Nacht herum laufen (Melancholia errabunda, Mania ambulatoria, Guislain, welche auch im Vorläuferstadium der Wuthkrankheit vorkommt) oder überhaupt alle möglichen Bewegungen eine nach der anderen ohne Zweck und Ziel vornehmen (Mel. agitans, Richarz).

Beispiel: N. N., Gerichtsdirector aus A., 54 J. alt, wurde 1869 im Frühjahr der Anstalt überliefert, weil sich langsam nach dem

plötzlichen Tode seiner Frau bei ihm eine tief melancholische Verstimmung entwickelt hatte. Er wurde unfähig, seine Amtsgeschäfte zu besorgen, weil er in den Vorträgen oft den Faden verlor, Pausen machte, etwas Unverständliches vor sich hinmurmelte, dabei auch psychischen Schmerz sogar durch Weinen äusserte. Bei der Aufnahme zeigte er sich sehr unruhig, er lief continuirlich im Zimmer auf und ab, machte allerhand unnütze Bewegungen, rückte an den Möbeln, knöpfte seinen Rock bald auf, bald zu, öffnete das Fenster, schloss es gleich darauf wieder. Er wühlte häufig in den Haaren, setzte seine Mütze auf, um sie bald wieder abzunehmen und in irgend eine Ecke zu schleudern; öfter besah er seine schmutzigen Hände, begann sie zu reinigen, unterbrach aber das Geschäft durch irgend eine andere Handlung wieder. So ging es Tag und Nacht fort. Später kamen auch noch laute Angstausbrüche, Geschrei und impulsive Selbstmordversuche dazu. (Eigene Beobachtung.)

Vielbeweglichkeit kommt fernerhin sehr häufig bei psychischen Schwächezuständen vor. Bekannt ist die rastlose aber ganz triebartige Geschäftigkeit der senil Blödsinnigen, ihre Polypragmosyne ohne Motive. Auch Paralytiker und Verrückte sind oft beinahe continuirlich in Bewegung. Viele Verwirrte treiben sich den ganzen Tag hüpfend, tanzend, gesticulirend und automatische Bewegungen ausführend umher. Das Gleiche gilt von manchen Idioten und Cretinen (eben deshalb spricht man von einer erethischen, agitirten Form des Cretinismus). Vorübergehend tritt Vielbeweglichkeit, Agitation und Jactation bei vielen deliriösen Zuständen auf. Schon im Alkoholrausch zeigt sich gesteigerte Muskelaction, bei Gewohnheitstrinkern erreicht sie den höchsten Grad, wenn eine fieberhafte Krankheit sie befällt. Bei Belladonna- und Hyoscyamusvergiftung wird gesteigerter Bewegungsdrang beobachtet. Rastlose, psychisch begründete, Agitation besteht bei Chorea magna, öfter bei hysterischen Paroxysmen, nicht selten bei Meningitis und ganz gewöhnlich bei Lyssa humana.

Wiederholungen derselben sinn- und zwecklosen Bewegungen, welche sich mit manchen Angewohnheiten der Gesunden vergleichen lassen, beobachtet man häufig bei Verrückten und Blödsinnigen. Es scheint als ob hierbei das häufig reproducirte Erinnerungsbild des motorischen Aktes als Reiz auf die betreffenden Bewegungsorgane einwirke. Wahrnehmungen und Phantasievorstellungen haben wie bei Kindern, uncivilisirten und wenig gebildeten Menschen, so auch bei gewissen Geisteskranken einen ähnlichen Einfluss auf coordinatorische Apparate. So kommen die imitatorischen Bewegungen zu Stande, welche bei gebildeten erwachsenen und gesunden Individuen auf das kleinste Maass beschränkt ja völlig abgewöhnt sind; weiter-

hin gehören hierher jene Bewegungen, welche den Vorstellungsinhalt z. B. bei einer Erzählung wiedergeben, endlich die Bewegungen der Sprachorgane beim Denken und Reden, das Mitsprechen oder Lautdenken, das bei centralen Störungen häufig stark überhand nimmt. Erleichtert ist offenbar der Uebergang von Vorstellungen in Bewegungen auch bei der sogenannten Reflexreizbarkeit und Pantophobie. Diese Zustände, die sowohl bei niederen Völkern als bei psychisch Kranken beobachtet werden (§ 33), verrathen sich ja hauptsächlich in heftigen aber instinktiven Handlungen, welche auf unvollständig appercipirte Gesichtseindrücke und namentlich auf Gehörsreize hin ausbrechen. Dunkele Vorstellungen von Gefahr irgend welcher Art wirken bei diesen Vorgängen wohl fast immer mit[1]). Es sind deshalb die explosiven Akte nicht als Reflexbewegungen schlechthin zu betrachten, sondern als psychische Reflexactionen, bei denen der Antrieb zur Bewegung von intellectuellen (Angst) Gefühlen ausgeht. Aehnliche Vorgänge liegen auch vielen motorischen Aeusserungen bei Lyssa humana zu Grunde[2]).

§ 105. Gesteigerte Begehrlichkeit nach Nahrung und Getränk, weiterhin Lüsternheit auf bestimmte Genussmittel sind sehr häufige psychopathische Symptome.

Während beim gesunden erwachsenen Menschen erst Hunger- und Durstempfindung das Begehren nach Nahrung und Getränk erwecken und beide Reize bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger anzuwachsen brauchen, um das Verlangen unbezwinglich zu machen, bedarf es bei psychisch Kranken (wie bei Kindern) oft gar nicht der specifischen Reize, sondern nur des Anblicks von Essen und Getränken oder von Substanzen, die für geniessbar gehalten werden, um die Begierde zu erregen. Derartige Gefrässigkeit und Lüsternheit nach Getränk kommt einmal bei Tobsüchtigen als Theilerscheinung der allgemeinen Hyperthymie vor; auch bei Melancholischen, die von peinlicher Langeweile geplagt werden, kann sie sich zeigen (§ 100), endlich ist sie in psychischen Schwächezuständen, bei Paralytikern, Blödsinnigen und Cretinen ganz gewöhnlich. Bei seniler Gehirnatrophie ist von Anfang an Gefrässigkeit vorhanden, die sich

1) „Das Gehör ist ein Sinn, dessen Erregung nicht unmittelbar reflectorisch mit äusserlich sichtbaren Bewegungen verknüpft ist. Alle Reflexe, die es erweckt, sind mehr oder weniger noch durch eine andere Art von Vorstellung durch ein sogenanntes Urtheil vermittelt“ (Schiff, Physiol. S. 333).

2) Vgl. hierzu Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI. S. 252 und Arch. d. Heilk. Bd. XV. S. 239.

in lebhaftem Interesse für Essen und Trinken, in gierigem Schlingen zu erkennen gibt; schliesslich kann es so weit kommen, dass die Gedanken dieser Patienten sich nur noch um diese Dinge drehen (Erlenmeyer). Bei Hypochondern und Hysterischen kann Gefrässigkeit mit Widerwillen gegen Nahrung abwechseln.

Die soeben erwähnten Störungen sind nicht zu verwechseln mit dem gesteigerten Nahrungsbedürfnisse, welches in der Reconvalescenz von schweren Krankheiten (z. B. Typhus, nach welchem öfter die blöden Reconvalescenten auch nur Sinn für Essen und Trinken zeigen), während der Lactationsperiode, bei Diabetes und allen Störungen, die Steigerung der festen Ausgaben herbeiführen, bei Darmaffectionen, welche die Assimilation hindern, sowie nach längerer Nahrungsabstinenz sich geltend macht. Ebenso bringt jede vermehrte Flüssigkeitsausgabe Durststeigerung hervor (Blutung, Diarrhoe, Schweisse, Polyurie). Bei diesen physiologischen und pathologischen Störungen appercipiren die Centralapparate unter der Form von Hunger- und Durstempfindung völlig richtig gewisse Zustandsveränderungen des Körpers. Den „visceralen Paralgien" (Eulenburg), welche als Bulimie und Polydipsie bekannt sind, können peripherische, in der Leitung oder auch in centralen Apparaten entstehende Reizungen nervöser Gebilde selbst zu Grunde liegen. Dann nehmen die Bewusstseinsorgane unter der Form von Empfindungen, denen ein dem Schmerze nahe verwandtes Gefühl anhaftet, gewisse innere Erregungen in Hunger und Durst vermittelnden Nervenapparaten wahr; es handelt sich also um subjective Empfindungen, die den Sinnestäuschungen nahe verwandt sind. Selbstverständlich können Störungen dieser Art auch sehr wohl bei psychisch Kranken vorkommen.

Es ist bereits früher erwähnt worden, dass bei Krankheiten der Centralorgane oder solchen Affectionen, welche das Gehirn in Mitleidenschaft versetzen, wie zumal die Inanitionsanämie, bisweilen specifische Hungerdelirien auftreten können. Die Kranken glauben dann, es sei Essen für sie bereitet, ein Schwein geschlachtet worden u. s. w., oder sie wähnen zu speisen, an einem glänzenden Diner Theil zu nehmen (§ 79, 85).

Appetitsrichtung und „Geschmack" sind stets individuell und von den verschiedenartigsten Lebenseinflüssen, von Nationalität, Gewohnheit u. s. w. beherrscht; was dem Einen Genussmittel ist, kann dem Andern indifferent oder selbst widerlich sein. Aus diesem Grunde lässt sich über die krankhafte Lüsternheit, den gesteigerten Appetit auf gewisse von den Menschen überhaupt genossene Substanzen im Allgemeinen wenig aussagen. Als Thatsachen der Erfahrung wollen wir anführen, dass Naschhaftigkeit und Begierde nach Süssigkeiten (Kuchen, Obst, Zucker, süsse Getränke) bei manchen Melancholischen (Griesinger), bei Opiumrauchern

(Husemann), bei sehr vielen Cretinen (Maffei), Verlangen und Gier nach salzigen und pikanten, stark gewürzten Speisen, auch nach starkem Kaffee zumal bei Tobsüchtigen beobachtet wird (v. Krafft-Ebing).

Eine besondere Stellung in der allgemeinen Pathologie der Psychosen nimmt die Begierde nach alkoholischen Getränken ein. Manche gemüthlich Verstimmte, leicht melancholische Individuen greifen zum Glase, um sich in einen gewissen Grad von psychischer Analgie zu versetzen; häufig ist mit dem Beginne centraler Affectionen eine gesteigerte Neigung zum Trinken zu constatiren, so zumal bei Tobsucht und Paralysis progrediens; bei Gewohnheitssäufern wird die Begierde nach Alkohol in stets grösseren Dosen bekanntlich unbezähmbar. Als Dipsomanie, periodische Saufsucht, Polydipsia ebriosa u. s. w. bezeichnet man einen krankhaften paroxysmenweise auftretenden, Impuls zum Trinken alkoholischer Substanzen.

Die Dipsomanen stehen in der Regel unter dem Einflusse erblicher Belastung, stammen nicht selten von Säufern ab und sind sich der Krankhaftigkeit ihres Zustandes gewöhnlich bewusst. Sie fühlen das Herannahen des Paroxysmus, dessen Prodrome in Schlaflosigkeit, psychischem und körperlichem Missbehagen, in Abspannungsgefühlen bestehen. Manchmal gebrauchen sie im Bewusstsein, dass sie unterliegen werden, besondere Hülfsmittel, um sich das Trinken zu verleiden, indem sie ekelhafte Substanzen in ihre gewöhnlichen Getränke mischen. Aber vergebens, der Trieb wird immer mächtiger, sie verschwinden in einem Wirthshause oder schliessen sich ein mit dem nöthigen oft sehr bedeutenden Vorrath alkoholischer Flüssigkeiten versehen und beginnen zu trinken. Auf die Qualität kommt es dabei gar nicht an, nur auf die Masse und Stärke der Substanzen. (Eine Kranke Esquirol's trank Eau de Cologne.) Maasslos mit abscheulicher Gier trinken die Kranken bis zur Besoffenheit, welche, da sie viel vertragen, verhältnissmässig spät eintritt. Der Anfall dauert einige Tage bis zu einer Woche. Mit tiefer moralischer Depression, Ekel vor sich und dem Alkohol geht der Patient aus dem Anfall hervor. In der Zeit zwischen den Attaquen besteht oft die Aversion gegen geistige Getränke noch fort. Wird der Kranke durch Maassregeln verhindert, dem entstehenden Trieb zu gehorchen, so verfällt er in einen heftigen Tobsuchtsparoxysmus.

Wie bei Gewohnheitstrinkern die Gier nach Schnaps, so kann auch das Begehren nach narkotischen Genussmitteln unbezwinglich werden. Dem habituellen Haschischgebrauch und Opiophagismus des Orients entspricht die moderne Morphiumsucht (Lewinstein). Endlich verdient noch die Begierde zum Rauchen, Schnupfen, Kauen von Tabak erwähnt zu werden. Allbekannt

ist der mächtige Einfluss der Gewöhnung an diese Genussmittel; selbst muthmasslich oder notorisch durch Tabaksgenuss herbeigeführte Beschwerden vermögen oft das eingewurzelte Begehren nicht mit Erfolg zu bekämpfen. Krankhaft gesteigert ist das Gelüste nach Tabak, namentlich starken Cigarren bei Tobsüchtigen, auch manche Melancholische rauchen viel und gern, desgleichen die chronisch Verrückten und Schwachsinnigen.

Namentlich von älteren Autoren (Vering, Friedreich) wird die Neigung der Geisteskranken zum Schnüpfen von Tabak betont.

Eine Frau von 51 Jahren, den besten Ständen angehörend, welche wegen tobsüchtiger Aufregung der Anstalt überliefert wurde, brachte in einer Damentasche circa 1 1/2 Pfd. Schnupftabak mit. Fast beständig nahm sie Prisen aus der Tasche, die sie nicht vom Arme liess. Nach zwei Tagen war der ganze Vorrath verbraucht, allerdings auch ihre Umgebung und Garderobe mit vorbeigeflogenem Tabak bestreut. Alsbald forderte sie in heftigem Tone neuen Schnupftabak, indem sie zugleich tadelte, dass ihr solcher noch nicht von uns geliefert sei, da man doch sehe „wie sie an das Schnupfen gewöhnt sei!"

(Eigene Beobachtung.)

§ 106. Da wie bekannt, die Stärke des Geschlechtstriebes bei Gesunden wesentlich verschieden ist und für den Einen schon zu viel sein kann, was dem Anderen hinsichtlich der Häufigkeit der geschlechtlichen Befriedigung eben genügt, hält es schwer, die Grenze auch nur annähernd zu bestimmen, jenseits welcher die sexuelle Begehrlichkeit als krankhaft gesteigerte bezeichnet werden darf. Jedenfalls ist es nicht normal, wenn unmittelbar nach der Befriedigung die Begierde gleich wieder erwacht und so mächtig ist, dass sie die ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt, wenn bei der Unmöglichkeit, dieselbe auf dem natürlichen Wege augenblicklich nochmals zu befriedigen, zur Aushülfe masturbatorische Reizungen vorgenommen werden (wie in einem Falle von Louyer-Villermay). Ebenso muss auf krankhafte Steigerung des Geschlechtstriebes geschlossen werden, wenn Eindrücke und Gefühle, die für den Gesunden geschlechtlich indifferent sind, gleich lebendige Phantasievorstellungen und heftige Begierde erwecken[1]); bei den höchsten Graden gesteigerten Geschlechtstriebes ist der Vorstellungsverlauf durch schlüpfrige und obscöne Phantasiebilder auf engen Bahnen festgehalten, die geschlecht-

1) So der einfache Anblick von Personen anderen Geschlechtes, dann eine blosse Berührung durch solche an irgend welchem indifferenten Körpertheile (Alibert), der Anblick eines Gemäldes, einer Statue (Louyer-Villermay) nackter Körpertheile von Personen des eigenen Geschlechts (der Nates kleiner Knaben, Hartmann, Albert) u. s. w.

lichen Vorstellungen nehmen das Bewusstsein für die Dauer völlig in Anspruch, lassen fast gar keine anderen Gedanken aufkommen und erfüllen zugleich die Träume des Kranken.

Dass eine derartige Uebermächtigkeit des Triebes krankhaft sei, ist manchen der betroffenen Individuen wohl bekannt. Sie machen sich Skrupel über die heftige Begierde und Gewissensbisse, wenn sie zu widernatürlicher Befriedigung angetrieben werden, manche klagen sogar dem Arzte über die unaufhörliche und deshalb lästige Gier (Rush, v. Krafft-Ebing). Diese Kranken vermögen wohl noch ihre starke Sinnlichkeit zu verbergen (Louyer-Villermay, v. Krafft-Ebing) und werden nur zeitweise auch vor Zeugen zu Handlungen hingerissen, welche ihren Zustand offenbaren. Bald sind es nur lascive Blicke und Zweideutigkeiten in der Rede, bald freie Vertraulichkeiten und Berührungen oder schamloses Greifen nach den Genitalien, Reiben an denselben, Entblössungen, gierige Angriffe auf Personen anderen Geschlechtes etc., welche die heftigen Begierden kundgeben. Andere Individuen suchen offenkundig schlechte Gesellschaft auf, gehen in öffentliche Häuser und geben sich allen Ausschweifungen in ungenirter Weise hin. (Einen Fall von periodischen Attaquen der Art, welchem ein gebildetes Mädchen ausgesetzt war, erwähnt Legrand du Saulle.) Endlich hat man bei Frauen und Mädchen specifische Anfälle von Bewusstseinsumnebelung und coordinirten Bewegungen beobachtet, welche die motorischen Acte der Begattung wiederholten (stossweise wippende Bewegungen des Beckens und der Beine, der Arme, der Gesichtsmuskeln namentlich Zuspitzen des Mundes, dabei häufiges Greifen nach den Genitalien (Alibert, Jessen, L. Meyer, Maresch, Lombroso).

Während die soeben erwähnten Symptome darauf hinweisen, dass bei derjenigen Störung, welche allgemein als Nymphomanie bezeichnet wird, heftige sexuelle Gier die wesentlichste Erscheinung sein kann, zeigt sich in anderen nicht seltenen Fällen keine Steigerung wahren Geschlechtstriebes, sondern nur ein Symptomencomplex, welcher auf sexuelle Reizung hinweist. Dies hat H. Neumann[1]) zuerst betont und er gibt als charakteristisch für diesen Zustand folgende Zeichen an: 1. Interesse für körperliche Reinlichkeit oder Unreinlichkeit (Auflösen der Haare, Pommadisiren, Kämmen, Beschmieren mit Wasser und Urin, ewiges Waschen des Körpers oder absolute Unreinlichkeit etc.); 2. Abneigung gegen alle Bekleidungsgegenstände, Zerreissen derselben; völliges Nichtbeachten der Decenz, ungenirte Befriedigung der Bedürfnisse in Gegenwart des Arztes, lebhaftes Interesse für das Nachtgeschirr; 3. Unhöfliches Benehmen und Gereiztheit gegen die weibliche Bedie-

1) Lehrbuch der Psychiatrie. S. 79.

nung (besonders Bezeichnung der Wärterin als Hure); 4. Verdächtigung der weiblichen Bekannten in sexueller Hinsicht; 5. Ewige Heirathsgespräche, die sich fast nie auf die Kranke selbst beziehen, sondern auf andere Personen, also mehr Neigung zum Kuppeln, wie solche auch bei Gesunden dann sich einstellt, „wenn die individuelle Geschlechtsbefriedigung nur noch in der Erinnerung lebt"; 6. Häufiges Aus- und Anspucken.

Endlich ist noch zu erwähnen, dass die sexuelle Begehrlichkeit in specifischen Delirien sich manifestiren kann, bei welchen Illusionen und Hallucinationen im Bereiche der Genitalien vorhanden zu sein scheinen.

Steigerung des Geschlechtstriebes kann von sehr verschiedenen Momenten abhängen. Wie bekannt, wirken längere Enthaltsamkeit, sinnliche Aufregung, schlüpfrige Lectüre, sodann üppige Lebensweise bei körperlicher Ruhe, Hitze, warme Bekleidung, warmes Schlafen, endlich auch manche Genussmittel steigernd auf den Geschlechtstrieb. Bei Frauen tritt derselbe unmittelbar nach der Menstruation stärker hervor. Ausnahmslos wirkt die Masturbation vermehrend auf die sexuelle Begehrlichkeit. Es besteht, wie Curschmann[1]) hervorhebt, ein fatales Wechselverhältniss zwischen Centralorgan und Peripherie: die Aufregung der Phantasie durch sexuelle Vorstellungen wirkt irritirend auf den Genitalapparat zurück, die Reizung der letzteren wiederum unterhält und steigert das lüsterne Phantasiespiel. Die frühzeitig begonnene Masturbation hängt, wenn sie nicht in Unterleibskrankheiten, z. B. Helminthen, ihre Ursache hat, wohl meistens von constitutionellen Störungen des Nervensystems ab und darf als ein wichtiges Symptom neuropathischer Anlage betrachtet werden. Um die Pubertätszeit und nach derselben kann sie von örtlichen Affectionen der Genitalien, z. B. Pruritus, durch schlechtes Beispiel und Verführung begründet werden, in vielen Fällen mag sie auch um diese Zeit noch Ausdruck neuropathischer Anlage sein. In seltenen Fällen verliert sich die üble Gewohnheit nicht einmal nach der Verheirathung (Louyer-Villermay, Schröder van der Kolk, Curschmann). — Steigerung des Geschlechtstriebes beobachtet man fernerhin bei inneren Erkrankungen der Genitalien, des Harnapparates, bei Darmaffectionen (Helminthiasis). In der Reconvalescenz von acuten Krankheiten kann sie auftreten, bei Phthisis pulmonum ist sie eine ziemlich häufige Erscheinung. Wie einige Droguen, so wirkt auch das Contagium der Lyssa irritirend auf die Centralorgane des Geschlechtstriebes ein. Von den Rückenmarks-

1) v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. Bd. IX. 2. S. 377.

krankheiten sind vor allem die Tabes und multiple Sklerose hier zu erwähnen. Epileptiker und Hysterische haben oft sehr lebhaften Geschlechtstrieb, bei Hypochondern und manchen Melancholikern in der Anfangsperiode kann er krankhaft gesteigert sein. Alle Maniakalischen sind in sexueller Beziehung stark erreglich, desgleichen die Paralytiker und oft genug die senil Blödsinnigen (Wiedererwachen des Geschlechtstriebes deutet auf senile Hirnatrophie hin). Bei Idioten und Cretinen kann sich heftiger Geschlechtstrieb periodisch brunstartig äussern.

§ 107. Ueber die krankhafte Steigerung intellectueller (ästhetischer, gemüthlicher, moralischer) Begehrungen lässt sich deshalb nur wenig aussagen, weil bezüglich dieser von hereditären und Erziehungs-Einflüssen, von den Lebensverhältnissen im Ganzen so wesentlich abhängigen Eigenthümlichkeiten offenbar ein sehr weiter Spielraum für die Gesundheitsbreite zugelassen werden muss. Leise und unmerklich gehen hier normale und krankhafte Zustände in einander über. Die Bezeichnung Leidenschaften (Passionen) für gewisse sehr lebhafte und herrschend gewordene geistige Begehrungen deutet schon an sich darauf hin, dass in der Gesundheitsbreite psychische Lebensäusserungen vorkommen, welche zu den krankhaften Vorgängen in sehr naher Verwandtschaft stehen. Wann Thätigkeits-, Ordnungs-, Reinlichkeitstrieb, Putzsucht, das Bedürfniss elegant in jeder Hinsicht aufzutreten, Aufsehen zu erregen etc. anfangen krankhaft zu sein, wo Begierde nach materiellem Besitze, nach Einfluss, Anerkennung, Verbindlichkeiten, weiterhin nach Freiheit und Selbständigkeit etc. nicht mehr normal zu nennen sind, — alles das ist ebenso wenig zu bestimmen wie die Grenze, welche die künstlerische, sociale, politische, religiöse Begeisterung und das Streben, sie zu äussern, von den entsprechenden Formen des Fanatismus scheidet. In manchen complicirten Formen der Psychosen finden wir allerdings die genannten und eine Reihe weiterer intellectueller Begehrungen so drastisch ausgesprochen und sehen sie so grell und dauernd hervortreten, dass wir annehmen müssen, es habe die krankhafte Störung einzelne dem Individuum zukömmliche Neigungen bis zum Uebermaass gesteigert, bzw. ihre schwachen Keime zum üppigen Aufschiessen gebracht.

In diese Kategorie von Strebungsanomalien gehören viele eigenthümliche Gewohnheiten und Bizarrerien der Geisteskranken, jene Aeusserungen, welche Esquirol als Tic's, Snell neuerdings als „Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen“ bezeichnet haben.

Schwäche des triebartigen Strebens (Athymie).

§ 108. Die sinnlichen und intellectuellen Begehrungen, welche normale, nothwendige Lebensäusserungen gesunder Individuen sind, können durch bestimmte Einflüsse herabgesetzt, ja völlig zum Schweigen gebracht werden. So vermögen berechtigte Trauer, im Gleichen freudige Erregungen bei normalen Menschen die sinnlichen Begehrungen für kürzere oder selbst längere Zeit aufzuheben; ein lebhafter Vorstellungsverlauf, den intellectuelle Gefühle begleiten (intensive geistige Arbeit), kann völlig analoge Consequenzen haben. Wiederum vermögen starke körperliche Gefühle und heftige sinnliche Begierden (anticipirte Gefühle), ebenso wie die Trägheit des Verlaufes und der Association der Vorstellungen das Auftreten ästhetischer, gemüthlicher und moralischer Begehrungen zu hindern.

Krankhaft vermindert erscheint die Begehrlichkeit überhaupt bei den höchsten Graden des psychischen Schmerzes und der psychischen Lust (§ 44 und 50). Auch der Zustand, welcher als Stupor bezeichnet wird, bringt mangelhafte Begehrlichkeit nach allen Richtungen hin mit sich, da die Reize der Aussenwelt sammt denjenigen, welche der eigene Leib liefert, schwach oder gar nicht appercipirt werden, Erinnerungs- und Phantasievorstellungen sowie die Ideenassociationen im Ganzen matt und unvollkommen sind.

Was speciell die Herabsetzung des Nahrungsbedürfnisses und des Appetits (Anorexia) anlangt, so kann dieselbe erst pathologisch genannt werden, wenn die Begehrlichkeit nach Speise für längere Zeit völlig schweigt und beim Angebote von Nahrungsmitteln keine Appetenz rege wird, obwohl nach allgemeinen Voraussetzungen Hunger vorhanden sein sollte. Derartige Störungen des Nahrungsbedürfnisses und des Appetits kommen bekanntlich bei vielen Magenkrankheiten und constitutionellen Leiden, vor allem beim fieberhaften Processe vor. Sie sind bei diesen Affectionen zum Theil wenigstens ziemlich verständlich. Dass aber auch centrale Vorgänge dergleichen Störungen der Appetenz, ein solches Nichtvernehmen der körperlichen Bedürfnisse begründen können, zeigt schon die alltägliche Beobachtung: ein heftiger und vielleicht an sich ganz unbegründeter Ekel kann den Hunger für längere Zeit unmöglich machen und den Appetit verscheuchen (§ 109). Aerger, Angst, Gemüthsbewegungen jeder Art haben einen analogen Einfluss. Bei nervösen Affectionen ist Anorexie eine sehr gewöhnliche Erscheinung und es wird im einzelnen Krankheitsfalle oft nicht genau zu bestimmen sein, ob die Störung peripherisch, in der Leitung oder central begründet

ist. Hysterische zeigen oft eine auffallend verminderte Appetenz (die wohl von der simulirten Anorexie zu unterscheiden ist), bei Hypochondern und Melancholischen besteht nicht selten hartnäckige Appetitlosigkeit.

Schwäche der sexuellen Begehrlichkeit bis zur völligen Negation des Triebes, wie sie im Kindesalter und im Senium normal ist, beobachtet man selten bei regelmässig entwickelten Individuen. Als dauernd krankhafte Anomalie im psychischen Gesammtzustande kommt dieselbe bei Hemmungsbildungen der Genitalien vor; so bei völliger Atrophie der Testikel und des Penis (Curschmann[1])), bei mangelhafter Entwickelung des Uterus oder Fehlen desselben[2]). Personen, welche mit solchen Bildungsfehlern behaftet sind, repräsentiren oft im äusseren Habitus und in der Art und Weise des Fühlens und Denkens auch nicht den entsprechenden männlichen oder weiblichen Typus. Bei den Viragines kommt als specifische Anomalie wohl noch die Gleichgiltigkeit gegen Kinder hinzu. Frühzeitig geschehene Verstümmelungen der Zeugungsorgane (Castration) vermögen ebenfalls den Geschlechtstrieb abzuschwächen oder aufzuheben. Bei tiefstehenden Idioten und Cretinen fehlt die sexuelle Begehrlichkeit (Maffei) vollständig und es trifft der Mangel oft mit unvollkommener Entwickelung der Genitalien zusammen. Aber es gibt auch Individuen, deren Körper in jeder Beziehung wohlgebildet ist, die dennoch geschlechtlicher Gefühle und Neigungen völlig baar sind. Dies ist ein Defect, der wiederum als Marke erblicher Degeneration des Nervenapparates aufgefasst werden muss (Westphal, Legrand du Saulle, v. Krafft-Ebing). Solche Personen verrathen in der Regel anderweitige nicht selten schwere Anomalien der psychischen Verrichtungen überhaupt.

Ein frühzeitiges Erlöschen der vorher normalen oder gar gesteigerten sexuellen Begehrlichkeit wird bei vorzeitiger Senescenz, nach starken Excessen, zumal nach übermässig getriebener Masturbation beobachtet. Auch erworbene Krankheiten der Genitalien, manche Constitutionsanomalien (Fettsucht, Diabetes, chronischer Alkoholismus, vielleicht auch Jodismus) können für längere Zeit, ja für immer den Geschlechtstrieb aufheben. Vorübergehend wird derselbe abgeschwächt bezw. zum Schweigen gebracht durch acute, fieberhafte und Schmerzen oder heftige Beschwerden überhaupt erregende Krank-

1) v. Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. u. Therap. Bd. IX. 2. S. 424.

2) Louis Mayer, Bezieh. d. krankh. Zust. u. Vorgänge in d. Sexualorganen d. Weibes zu Geistesst. Berlin 1869. S. 33.

heiten, durch Säfteverluste, manche Genussmittel und Medicamente (Bier, Lupulin, Kampher etc.), durch kalte Bäder und starke körperliche Anstrengung. Bei melancholischer Verstimmung kann im Gegensatz zu der früher mässigen oder selbst starken Begehrlichkeit mehr oder weniger completer Mangel an Geschlechtstrieb eintreten (der § 44 erwähnte Kranke bot diese Erscheinung, die ihm selbst auffällig war).

Dass die intellectuellen (ästhetischen, gemüthlichen, moralischen) Begehrungen in Folge centraler Erkrankungen geschwächt und mehr oder weniger vollständig aufgehoben werden können, geht schon aus demjenigen hervor, was früher über die Elementarsymptome der psychischen Analgie und der Unfähigkeit zu psychischer Lust gesagt wurde (§ 47 und 51). Mit der Vertaubung dieser Gefühle muss die Fähigkeit des intellectuellen Begehrens, das Vermögen ästhetische, gemüthliche und moralische Gefühle in der Vorstellung zu anticipiren, nothwendig schwinden.

§ 109. Abscheu, Widerstreben („Widerwille") gegen gewisse Zustandsveränderungen hat man als negative Triebäusserungen bezeichnet. Im weiteren Sinne könnten schon hierher gerechnet werden die hartnäckige Scheu mancher Melancholiker irgend etwas vorzunehmen (Richarz), die Abneigung gegen Bewegungen überhaupt, welche Kahlbaum als charakteristisch für das von ihm aufgestellte Krankheitsbild der Katatonie bezeichnet. Es wird allerdings immer schwer sein, den Beweis beizubringen, dass bei diesen Kranken nicht unsinnige Motive für die Widerspenstigkeit vorhanden sind. Abneigung gegen Nahrungsaufnahme, die bis zur Sitophobie anwachsen kann, Hydrophobie und Aversion gegen geschlechtliche Berührung sind weitere hierhergehörige Anomalien.

Die Aversion gegen Nahrungsaufnahme ist entweder partiell — es besteht Widerwillen gegen einzelne Substanzen — oder allgemein — der Gedanke an Essen überhaupt erregt Ekel. — Was die erstere Erscheinung betrifft, so ergibt schon die Beobachtung des Gesunden, dass einmaliges Ueberessen an einer zumal fetten, süssen Speise, oder Verekeln an irgend welchem Gerichte wie Appetitlosigkeit so auch einseitige Aversion gegen dasselbe für lange Zeit verursachen kann. Die krankhaften Abneigungen können selbstverständlich sehr verschiedenartig sein. Namentlich ist die Aversion gegen Fleisch sehr häufig, sodann diejenige gegen fette Speisen und wenig differente Substanzen. Dabei kann die Appetenz durch pikante, sauere, auch den Geruch angenehm erregende Nahrungsmittel noch geweckt werden. Seltener ist die Abneigung gegen Süssigkeiten. — Die allgemein bis zur Sito-

phobie anwachsende Aversion gegen Speisen ist vorzugsweise Symptom der Melancholie; wenn sie auch bisweilen bei Tobsüchtigen und Verrückten beobachtet wird, so hat sie bei diesen Kranken keine weitere Bedeutung und verschwindet oft schnell von selbst wieder. Die instinktive Sitophobie der Melancholiker darf nicht verwechselt werden mit der krankhaft motivirten Nahrungsverweigerung, welche bei Irren nicht selten ist. Wahnvorstellungen und Hallucinationen liegen derselben zu Grunde (§ 112).

Hydrophobie ist bekanntlich das hervorstechendste Symptom der Lyssa humana und trifft bei dieser Krankheit häufig mit Sitophobie zusammen. Sie zeigt sich selbst bei Kindern, welche keine Ahnung von den möglichen Folgen des Hundebisses haben. Obwohl die Hydrophobie ihren sehr reellen Grund hat, da der Versuch, Wasser zu schlucken, stets den heftigen Schling- und Inspirationskrampf hervorruft, hat doch der Kranke, anfangs wenigstens, keine Kenntniss von diesem Causalnexus. Ganz instinktiv, ihm selbst zur Verwunderung, schreckt er einmal vor dem Wasser, das er vielleicht des Durstes wegen noch forderte, vor dem Morgenkaffe oder vor einer Pfütze, vor dem Waschbecken, selbst vor glänzenden Gegenständen heftig zurück. Später, nachdem er dergleichen schlimme Erfahrungen gemacht hat, erregt jeder Gedanke an Wasser und Flüssigkeit überhaupt schon Angst und Krämpfe. — Wasserscheu beobachtet man weiterhin bisweilen bei Tetanus (T. hydrophobicus E. Rose), bei dem eigenthümlichen Symptomencomplex, welcher gerade nach der in Rede stehenden Erscheinung als spontane Hydrophobie — im Gegensatz zu der Hydrophobia lyssodes — bezeichnet wird. Bei hysterischen Frauen hat man während der Schwangerschaft, bei Mädchen bisweilen gelegentlich jener § 106 erwähnten perniciösen nymphomanischen Anfälle Wasserscheu auftreten sehen (Marzars, Jessen, L. Meyer u. A.). Die imaginäre Hydrophobie (H. rabiforme) ist eine specifische Form hypochondrischen Deliriums (§ 101), welches in Folge der Angst von einem tollen Hunde gebissen zu sein vorzugsweise bei Erwachsenen (selten bei älteren Kindern, Haller, Stadthagen) vorkommt. — Von der Aversion, welche die Dipsomanen in der Zeit nach den Anfällen vor dem Alkohol haben, war oben schon die Rede.

Abneigung gegen sexuelle Berührung und Coitus ist noch seltener als die einfache Geschlechtskälte; wenn wir absehen von denjenigen Individuen, bei welchen sie motivirt ist durch heftige Schmerzen, welche die Copulation verursacht und von solchen Wesen, die mit conträrer Sexualempfindung behaftet sind, so treffen wir die Anomalien nur bei mangelhafter Differenzirung des sexuellen Typus als originären Fehler der somatisch-psychischen Entwickelung (so z. B. bei Viragines, bei Männern mit verkümmerten Genitalien, v. Krafft-Ebing).

§ 110. Perverse Triebe und krankhafte Impulse. Wir haben früher (§ 57) erwähnt, dass die Perversitäten des Fühlens sich in gewissen Handlungen kundgeben. Bürgt also das Begehen von solchen dafür, dass die Wahrnehmung ungeniessbarer und ekelhafter

Substanzen Appetit — der Anblick oder die Berührung von blutsverwandten Personen, von Individuen desselben Geschlechtes, von Thieren und Leichen geschlechtliche Gier erregt haben musste, so beweist die Ausführung des Schling- oder Geschlechtsactes weiterhin, dass wie beim Auftreten des perversen Begehrens (also bei der Anticipation der Lustgefühle), so auch während der Befriedigung selber nicht jene Ekelgefühle vorhanden waren, welche den Gesunden beim Gedanken an derartige Sinnesreize sich aufdrängen (§ 58). Es versteht sich von selbst, dass wir unter Gesunden hier nur die normal beschaffenen Culturmenschen verstehen. Denn was wir von unserem Standpunkte aus als perverse Triebe, bezw. als Laster bezeichnen, das ist auf der niederen Entwickelungsstufe der Menschen öfter ein alltägliches Phänomen gewesen und ist es heute noch bei wilden Völkern.

Die perversen Gelüste nach Substanzen, welche gar nicht zu den Nahrungsmitteln gehören und theils durch ihre physikalischen und chemischen Eigenschaften, theils zu Folge der Erziehung und Lebensgewohnheit von der Vorstellung aus ekelhaft sind, wie Kalk, Kreide, Thon, Erde überhaupt, wie Spinnen, Fliegen, Läuse, Ungeziefer und Unrath aller Art — die Gelüste nach solchen Dingen kommen, wie bekannt, einmal während der Schwangerschaft, sodann bei gewissen Affectionen der Genitalien, bei Hysterie und Chlorose vor. Auch bei psychisch Kranken werden sie nicht selten beobachtet. Diese zumal sind es, welche jene schwere Alteration des Appetits und des Ekels verrathen, die sich in Koprophagie und Urintrinken zu erkennen gibt. Wir haben bereits früher erwähnt, dass diese Phänomene Zeichen tieferer Degeneration der Centralorgane sind. In frischen Fällen psychischer Erkrankung wird Koprophagie selten beobachtet (am ehesten noch bei Tobsüchtigen). Dass bei beginnender psychischer Störung die Ekelgefühle gewöhnlich noch intact sind, geht schon aus der Thatsache hervor, dass man früher sogenannte Ekelkuren (Erschütterungskuren) zur Anwendung brachte. — Anthropophagie kommt unter verschiedenen Bedingungen vor. Während niedere Völker Menschenfleisch in dem Glauben verzehren, dadurch stark und tapfer zu werden (weshalb sie namentlich das Fleisch ihrer Feinde essen, um so die Stärke derselben zu gewinnen), während Schiffbrüchige und manche Belagerte von der äussersten Hungersnoth getrieben, anthropophag werden, erscheint bei entarteten Individuen die Gier nach dem Fleische der eigenen Gattung bisweilen als Merkmal völlig perverser sinnlich-psychischer Processe. Die nahe Beziehung derartiger Gelüste zu sexuellen Begierden deuten schon die Traditionen über Lykanthropie und Vampyrismus (§ 36) an, sie manifestirt sich in der allerdings kleinen Reihe von Beobachtungen der neueren Zeit[1]), insofern als anthropophage

1) Vgl. hierzu Marc-Ideler, Die Geisteskrankh. etc. Berl. 1843. Bd. II. S. 84 ff. — Leubuscher, Wehrwölfe und Thierverw. i. Mittelalter. Berl. 1849. S. 60 ff.

Gelüste, Sucht in menschliche Leiber zu beissen bei Schwangern vorkommt und in der Regel die perverse Gier nur auf Individuen des anderen Geschlechts (z. B. auch auf männliche Kinder bei Frauen, auf kleine Mädchen bei Männern) gerichtet ist. Endlich sind Fälle beobachtet, in welchen die Anthropophagie unmittelbar dem Geschlechtsacte (nach Ermordung des Opfers) folgte oder für die Befriedigung sexueller Begierden (welche verweigert ward) vicariirend eintrat. Jenen niedern Völkern analog verhielt sich ein Schwachsinniger, den v. Krafft-Ebing erwähnt: er ass Menschenfleisch, um gross zu werden; ein anderer hoffte durch dasselbe Mittel der Fähigkeit zu fliegen theilhaftig zu werden.

Die perversen sexuellen Gelüste, welche zu Blutschande, Päderastie, Tribadie, Sodomie und Leichenschändung führen, sind nur den gesunden Vertretern civilisirter und vom Verfalle noch entfernter Nationen im Allgemeinen fremd. Bei rohen und überreifen Völkern werden diese Laster, die einen regelmässiger, die anderen seltener, so zu sagen epidemisch. Sporadisch beobachtet man sie bei den degenerirten Mitgliedern der Culturvölker. Aber hier zeigt sich, dass diesen perversen Gelüsten oft im Dunkeln gefröhnt wird, dass also diejenigen, welche ihnen ergeben sind, recht wohl die Unmoralität ihrer Handlungen kennen, dass sie im Uebrigen psychisch vollkommen intact sind und oft wundert man sich, wie ein Individuum von Anlagen, selbst von Stellung und Verdiensten mit Defecten der Art belastet sein könne. Es scheint, als ob die widernatürlichen sexuellen Begierden erst nach Uebersättigung im normalen Geschlechtsgenuss, bei Abstumpfung gegen die naturgemässe Befriedigung und erhaltener oder selbst verstärkter Begehrlichkeit sich einstellten. Da die letztere, wie erwähnt, oft die Marke neuropathischer und psychopathischer Disposition bildet, so dürften auch die perversen Gelüste vielleicht in diesem Sinne als Ausflüsse vermehrten Geschlechtstriebes betrachtet werden.

Die sogenannte „conträre Sexualempfindung“ (Westphal), welcher bereits mehrfach gedacht wurde (§ 36, 47), kann entweder als angeborene Verkehrung der sexuellen Gefühle mit dem Bewusstsein der Krankhaftigkeit des psychischen Zustandes oder als transitorische Anomalie des Geschlechtstriebes auftreten. Psychopathologisch am wichtigsten sind vor allen die Fälle der ersteren Kategorie. Die Individuen, welche mit dieser originären Verkehrung der geschlechtlichen Gefühle und Neigungen behaftet sind, stehen — soweit eine noch spärliche Casuistik schliessen lässt — unter dem Einflusse erblicher Belastung (Irresein in der Ascendenz bei $^2/_3$ der Fälle), sind selbst gewöhnlich neuro-psychopathische Persönlichkeiten und neigen zu vorübergehenden Störungen der psychischen Verrichtungen im Ganzen hin. In mehreren Fällen bestand sogar ein mässiger Grad von Schwachsinn. Geschlechtliche Gefühle erwachen (wie bereits Griesinger angedeutet hat) frühzeitig, zu Beginn des späteren Kindesalters bei ihnen, beziehen sich aber von vorn herein auf Individuen des eigenen

— v. Krafft-Ebing, Gerichtl. Psychopath. Stuttg. 1875. S. 168 u. Arch. f. Psych. u. Nkh. VII. H. 2.

Geschlechtes. Mächtig fühlen sie sich zu solchen hingezogen und ihre Liebe, deren Widernatürlichkeit ihnen öfter klar ist und peinliche Gefühle erregt, ist glühend. Ebenso ist die Begierde, die geliebte Person zu berühren, sie zu küssen, eine unvollkommene (unnatürliche) sexuelle Vereinigung mit ihr zu bewerkstelligen, äusserst heftig. Gibt sich die Intensität der intellectuellen Neigung in Eifersucht zu erkennen, so spiegelt sich in den erotischen Träumen die sinnliche Begierde wieder, in welchen die betreffenden weiblichen Individuen die Rolle des Mannes, die männlichen diejenige des Weibes spielen. In der Regel besteht Kälte, in manchen Fällen geradezu Ekel vor dem anderen Geschlecht. Genitalien und Körpertypus können völlig normal weiblich oder männlich sein; bisweilen aber sind die äusseren Merkmale der Geschlechtsdifferenzirung schwach und fallen mit anderen Hemmungsbildungen zusammen. Dagegen ist die ganze Denk- und Fühlart eine den conträren Sexualgefühlen entsprechende, bei Mädchen entschieden männlich, bei Männern weibisch.

Weniger als über diese Form der conträren Sexualempfindung, welche Westphal zuerst beschrieben und benannt hat, ist über die temporäre Verkehrung der Geschlechtsgefühle (temporäre conträre Sexualempfindung, v. Krafft-Ebing) bekannt. Auch sie scheint der Ausdruck psychopathischer Disposition zu sein, kommt bei männlichen wie bei weiblichen Individuen vor und hat verschiedene Dauer, von Wochen bis zu einer Reihe von Jahren. Sie tritt entweder in der Jugend auf und verschwindet später wieder, oder sie erscheint als Symptom einer acuten Psychose, bisweilen periodisch; endlich wurde das Phänomen auch im höheren Alter beobachtet. — Bezüglich der Details und der Literatur über die als conträre Sexualempfindung bezeichnete Anomalie verweisen wir auf Westphal's Publicationen (im Arch. f. Psych. u. Nkh. Bd. II. S. 73; VI. S. 620) und auf die Arbeit von v. Krafft-Ebing (ebenda Bd. VII. S. 291). Ein interessanter Fall von Bildungsanomalie der männlichen Genitalien und begleitender Verkehrung der sexuellen Gefühle und des Charakters wird bereits von Lombroso (Klin. Beiträge etc. Deutsch v. Fränkel, S. 200) erwähnt.

§ 111. Krankhafte Impulse. Die eigenthümlichen psychischen Processe, welche so zu sagen innerlich vernommene Vorschläge zur Vollführung gewisser, unter den obwaltenden Umständen unmotivirter, verkehrter oder den Sittengesetzen geradezu widerstrebender Handlungen zum Bewusstsein bringen, mussten früher bereits angedeutet oder direct genannt werden, als von den Perversitäten der Gefühle und von den Zwangsvorstellungen die Rede war (§ 58, 95). Man fasst diese psychischen Lebenserscheinungen heute in den Wortbegriffen impulsives oder instinktives Irresein zusammen und statuirt entsprechend den Formen, unter welchen sie auftreten, Impulse zur Selbstverstümmelung, zum Selbstmord, zu Bosheiten,

Grausamkeiten, Mord, zu Diebstahl, Brandstiftung, zum Begehen anstössiger, obscöner, monströser, excentrischer Handlungen. Ein krankhafter Impuls als solcher ist es noch nicht, wenn lediglich die Idee eines solchen Actes sich aufdrängt; er liegt erst im Bewusstsein vor, wenn mit der Idee, der begrifflich fertigen Vorstellung einer bestimmten Handlung, ein Vorschlag, ein „Kitzel" sie zu vollführen auftritt, wenn es „in den Fingern" oder anderen Apparaten „zuckt", welche geeignet sind, die Idee zu realisiren. Werden unverzüglich hemmende Vorstellungen und Gefühle associirt, so gleicht sich die Störung rasch von selber aus; öfters bedarf es eines gegenwirkenden energischen Willensimpulses (§ 112), einer besonderen Beherrschung, um dem widernatürlichen Antrieb erfolgreich zu begegnen. In manchen Fällen müssen die Kranken — ihrer selbst nicht sicher — zu Hülfsmitteln ihre Zuflucht nehmen, welche die Handlung äusserlich unmöglich machen: sie entziehen sich dem veranlassenden Eindruck, rennen fort, sie warnen, wenn der Impuls auf eine Gewaltthat gegen die Umgebung hinweist, dieselbe vor sich. Da die krankhaften Impulse gerne bei gewissen identischen oder sich ähnlichen Eindrücken, oder auch in Folge associativer Gewöhnung spontan in Form von Einfällen („Gedächtniss des Strebens", Griesinger) wiederkehren und der Betreffende seine pathologischen Anwandelungen und ihre veranlassenden Momente kennen lernt, so werden wohl jene Vorkehrungsmaassregeln zum förmlichen System ausgearbeitet, wenn das Selbstbewusstsein noch ganz intact ist. In manchen Fällen aber scheint dasselbe mit dem Auftreten des Impulses selbst umnebelt oder aufgehoben zu sein; dann erfolgen Idee, Impuls und That wie mit einem Schlage: der Kranke wird jetzt nicht mehr gewahr, dass er seiner nicht mächtig ist, er handelt instinktiv nach einem Schema: erst hinterdrein, wenn die That geschehen ist, wird er klar; dieselbe kommt ihm sonderbar, verkehrt, sinnlos oder entsetzlich vor. Er vermag sich keiner Motive für sein Thun zu entsinnen, er weiss nur, dass „ein Etwas ihn dazu trieb". Entweder bekennt er sich, zur Rede gestellt, sofort zu der That, ja er stellt sich wohl selbst vor Gericht, wenn sie verbrecherisch ist, oder er sucht, wenn moralische Analgie bei ihm vorhanden ist, hinterdrein seine Handlung zu beschönigen, mit Scheingründen zu rechtfertigen (§ 97).

Am nächsten verwandt sind die impulsiven Handlungen mit den instinktiven Actionen der Kinder und Naturmenschen. Schwache Analogien bilden die unüberlegten Handlungen, die der Erwachsene und Gebildete im Affecte begeht (v. Krafft-Ebing). Gerade der Umstand, dass bei impulsiv-irrsinnigen Individuen Intelligenzstörungen,

zumal Wahnvorstellungen fehlen können, führte zur Aufstellung einer Mania sine delirio (Pinel) Monomanie instinctive, zur Annahme von Monomanien überhaupt (Esquirol u. A.), deren Wesen darin bestehen sollte, dass diese Kranken nur an einem perversen Triebe litten, an Selbstmordtrieb, Mordtrieb (Selbstmord- und Mordmonomanie), Brandstiftungstrieb (Pyromanie), Stehltrieb (Kleptomanie) etc., im übrigen aber ganz normal sein sollten. Andererseits nannte man das impulsive Irresein Folie d'action (Brierre de Boismont), instinktive Manie (Finkelnburg), Délire émotif (Morel), während weitere Bezeichnungen wie Maladies de la volonté (Billod), Diastrephie, Chorea, Paradoxie des Willens (Parigot, Sandras, Knop), speciell die Störung des sogenannten dritten activen „Sehvermögens" auszudrücken bestimmt waren.

Obwohl impulsive Actionen bei vielen psychischen Störungen vorkommen können, beobachtet man dieselben doch vorzugsweise bei epileptischem, hysterischem Irresein und bei erblicher Geistesstörung. Affecte und Verstimmungen, perverse Begehrungen und leichtere oder schwerere Bewusstseinsumnebelung, welche dergleichen Handlungen begünstigen, kommen ja gerade bei den genannten psychischen Störungen sehr häufig vor.

Unter den Begriff des impulsiven Irreseins fällt im weiteren Sinne auch der Zerstörungstrieb und die „Wuth" der älteren Psychiatrie. Complete psychische Analgie, Unfähigkeit zu ästhetischen, gemüthlichen und moralischen Lustgefühlen und jene Perversion der Gefühle, die darin besteht, dass gerade das Lust erregt, was psychisches Wehe irgend welcher Art hervorrufen sollte — diese Anomalien werden selbstverständlich ein instinktives Schlechthandeln, eine Disposition immer und überall nur das Widerliche, Schlimme und Böse zu verwirklichen, hervorbringen. Schwere erbliche Belastung (Legrand du Saulle) und moralisches Irresein liefern uns Krankheitsbilder, in welchen dieser Zug entsetzlich hervorsticht und den Degenerirten von dem gewöhnlichen Verbrecher unterscheidet, der nicht instinktiv sondern mit Ueberlegung, d. h. nicht zwecklos und nicht continuirlich schlecht handelt.

Gesteigerte Willensenergie (Hyperbulie).[1]

§ 112. Willensstärke, Energie, Willensfestigkeit ist in der Gesundheitsbreite dann vorhanden, wenn besondere Hindernisse über-

1) Unter Willenssteigerung, Willenserhöhung, Hypersthenie des Willens, Hyperbulie haben einige Schriftsteller (Leupoldt, K. G. Neumann, v. Feuchters-

wunden werden, welche sich einem als zweckmässig erkannten Handeln entgegen stellen. Da diese Hindernisse in letzter Instanz nichts anderes als sinnliche und intellectuelle, dem Menschen natürliche Gefühle sind, welche in der Vorstellung anticipirt oder wirklich ertragen werden, so ist der in Rede stehende psychische Vorgang identisch mit Selbstbeherrschung (Selbstverleugnung), Ueberwindung, die ebensowohl im Ertragen von Wehe, als im Verzichten auf Lust bestehen kann. Die entschieden krankhaften hierhergehörigen Phänomene werden viel seltener als die bereits erwähnte excessive Begehrlichkeit und das heftige triebartige Streben beobachtet, aber sie bilden sehr wichtige Glieder in der Kette der einfacheren Symptome psychischer Störung. Wie die Willensfestigkeit des Gesunden, so hängt auch die krankhafte Energie von bestimmten Motiven ab. Während diese Motive aber bei normalen Individuen auf richtigen Erkenntnissen beruhen, gehen sie bei den Kranken aus verkehrten Ideen hervor. Die Schwäche, welche, wie früher erwähnt wurde, jeder krankhaften Lebensäusserung eigenthümlich ist, liegt bei der pathologischen Willensenergie nicht in dem Impulse selbst, der immer eine hohe Kraftäusserung ist, sondern in dem psychischen Vorgange, der diesem vorausgeht und ihn veranlasst. Das Motiv des Kranken ist natürlich in der Regel des Aufgebotes an Energie nicht werth, er vermag aber diesen Sachverhalt nicht zu erkennen.

Krankhafte Willensenergie verdankt ihren Ursprung stets pathologischen Gefühlen und Vorstellungen. Sie äussert sich in Unterdrückung natürlicher Bedürfnisse, im Ertragen sinnlichen Wehes, im Verzichten auf intellectuelle Lust und in gemüthlicher Selbstquälerei. Wie Hysterische nicht selten, um Aufsehen zu erregen, Harn- und Stuhlentleerung unterdrücken, längere Zeit sich der Nahrung und Getränke enthalten, ekelhafte, selbst schädliche Dinge verschlucken, sogar eingreifende Operationen ohne irgend welche Kundgebung ertragen, so auch sehen wir Geisteskranke bisweilen beharrlich fasten, überhaupt Ascetismus jeder Art üben oder zugefügte Qualen geduldig ertragen, auch sich absichtlich solchen unterziehen. Die verschiedensten Motive, die, wie gesagt, aus krankhaften Gefühlen und Denk-

leben, Griesinger, Wunderlich) grosse Begehrlichkeit, Thatendurst, Sucht Pläne zu machen, Eigensinn, heftiges Begehren nach gewissen Richtungen hin, Wuth, gewaltsame Handlungen und unwiderstehliche Triebe verstanden. Das sind aber Lebensäusserungen, welche wir doch nicht als Aeusserungen einer gesteigerten Willensenergie, sondern eben als Zeichen „grosser Begehrlichkeit“ auffassen möchten. Das ist die Hyperbulie, die geradezu identisch ist mit vermindertem Hemmungsvermögen.

processen hervorgehen, können hier bedeutende Erfolge erzielen, d. h. eine Festigkeit des Willens begründen, die in der Gesundheitsbreite nicht ihres Gleichen hat.

Melancholiker fasten nicht selten deshalb, weil sie meinen, dass sie überhaupt des Essens nicht werth seien (vielleicht zu Folge wörtlicher Auffassung des Satzes: „wer nicht arbeitet, soll auch nicht essen"), oder dass die aufgetragenen Speisen für sie zu gut wären. Hypochondrisch-Melancholische enthalten sich der Speisen, weil sie wähnen, es sei kein Platz für dieselben in ihrem Leibe, Verfolgungswahnsinnige wiederum in dem Wahne, dass Ekelhaftes, Giftiges ihnen vorgesetzt werde. Esquirol erzählt von einem Kranken, der fastete in der Meinung die Ehre verbiete ihm zu essen. Hufeland erwähnt einen verarmten Mann, der zu stolz, seine Verwandten um Unterstützung zu bitten, sich in einem einsamen Walde eine Grube machte, in derselben 18 Tage lang fastete und bis beinahe zu der letzten Stunde ein Tagebuch über seine Hungerqualen führte. Andererseits vermögen ängstliche Wahnvorstellungen Ueberwindung des Ekels zu erzwingen, indem z. B. der Kranke Urin als Heilmittel erachtet und zu sich nimmt (Wachsmuth, vgl. auch § 47). Auch die Furcht durch sexuelle Befriedigung sich zu schaden, sich zu inficiren, vermag Hypochonder zur Abstinenz zu bestimmen (Syphilidophobiker). Absichtliche Unterdrückung der Harn- und Stuhlentleerungen können dadurch herbeigeführt werden, dass die Kranken wähnen, der Inhalt ihrer Blase werde eine Ueberschwemmung veranlassen, die Defäcation könne die Ausstossung imaginärer Leibesfrucht oder Verbreitung ansteckender Krankheiten herbeiführen. Von einer armen Frau, die durch ihr Kind so viel Betten, Geräth und Möbel auf ihren Leib häufen liess, dass sie langsam erstickte, berichtet Esquirol. Manche Kranke sind regungslos in Folge der Vorstellung, es ruhe auf einem Theil ihres Körpers das Weltgebäude und werde bei einer Bewegung einstürzen; andere weil sie eine Stimme hören, die sagt: „rühre Dich nicht oder Du bist des Todes" (Esquirol). Religiös-Wahnsinnige und Verrückte haben, zumal in früheren Zeiten, um ein Martyrium abzulegen, geduldig die schwersten Qualen abgehalten und selbst aus neuerer und neuester Zeit sind noch Beispiele bekannt, dass einzelne Geisteskranke, bei denen es sich nicht um impulsives Irresein handeln konnte und wohl auch keine Analgesie bestand, eingreifende und langwierige Selbstverstümmelungen vornahmen, einzelne Glieder langsam verbrennen liessen, ja sich selbst kreuzigten (Chiarugi, Amelung, Guislain).

Absichtliche Unterdrückung intellectueller Begehrungen kommt hauptsächlich bei Melancholikern vor. Diese Kranken legen sich allerhand Bussen und Strafen auf, die im Einzelnen gar nicht namhaft zu machen sind. Unter Anderem scheint zum Theil hierher zu gehören die absichtliche Schweigsamkeit (Aphrasia voluntaria, A. paranoica Kussmaul), welche Guislain zur Aufstellung einer Mutomonomanie inducirte. (Man bemerkt bei solchen in jeder Irrenanstalt zu findenden Individuen psychisch-reflectorische, so zu sagen des krankhaften Willens-

impulses spottende Ausdrucks- und minutiöse Sprechbewegungen bei der Anrede und ein Affect, eine Ueberraschung kann sie wirklich zum Reden bringen.) — Sowohl bei den monströsen Handlungen (Mord, Brand etc.) der Melancholischen, die diese Kranken bewerkstelligen, um zu versuchen, ob sie wirklich nicht mehr wollen können, als auch bei der entsetzlichen That des Mordes der eigenen Kinder „aus Liebe" (um sie vor den Qualen des Lebens zu schützen) muss es sich um krankhafte Willensenergie, um furchtbare Ueberwindung handeln.

Die Fähigkeit Zwangsvorstellungen und krankhafte Impulse zu beherrschen, psychische Störungen überhaupt, specieller Wahnvorstellungen zu dissimuliren, zeugt für einen Grad von Willensfestigkeit, welcher in der Gesundheitsbreite nicht vorkommt. Was den ersteren Hemmungsprocess anlangt, so finden sich beim Gesunden zwar mancherlei Analogien, indem auch völlig normale Individuen von Zwangsvorstellungen und Impulsen berückt werden können. So gewiss aber bei Neuro- und Psychopathischen die Zwangsideen und jene früher geschilderten Antriebe zu unmotivirten und namentlich unmoralischen Handlungen viel zudringlicher und hartnäckiger als bei Gesunden sich geltend machen, so gewiss werden wir auch sagen dürfen, dass eben diese Kranken eine grössere Willensfestigkeit als der Normale aufgebracht haben, wenn es ihnen gelungen ist, jene Vorstellungen und Antriebe zu überwinden. Diese Energie ist natürlich an sich nicht krankhaft; von pathologischen, psychischen Processen erst provocirt, stellt sie sogar einen Ausgleichungsvorgang dar und beweist, dass der Betreffende seine freie Selbstbestimmung nicht nur noch nicht verloren hat, sondern sie auch sehr heftigen instinktiven Bestrebungen gegenüber aufrecht zu erhalten vermochte. Aehnlich ist es mit der Dissimulation krankhafter Stimmungen und Wahnvorstellungen, die ja regelmässig mit starken intellectuellen Gefühlen betont sind. Obwohl es auch vorkommt, dass der Kranke Gefühle und fixe Ideen birgt, welche zu heilig, zu grossartig um profanirt werden zu dürfen, a priori ihn zu Geheimthuerei mit denselben, zu einer Verschwiegenheit bestimmen, die gar keine Ueberwindung kostet, in der Regel veranlassen doch die Verstimmungen und falschen Ideen selbst ein starkes Bestreben sie auch auszusprechen oder sonst zu bethätigen. Dies ist ein psychischer Vorgang, der sich vergleichen lässt mit jenem Zustande, den das Aufblitzen einer treffenden Bemerkung, eines Witzes hervorbringt, welche aber aus Rücksichten, z. B. des Anstandes verschwiegen („hinuntergeschluckt") werden müssen.

Wie wohlerzogene Leute von gewissen Gefühlen zur energischen Unterdrückung von dergleichen Impulsen bestimmt werden, so können auch Wahnsinnige und Verrückte durch Einschüchterung (verkehrte

psychische Behandlung) dahin gebracht werden, dass sie ihre falschen Vorstellungen und krankhaften Stimmungen verbergen. Hier setzt man freilich Furcht oder irgend welches andere anticipirte Wehegefühl gegen das Bestreben, jene psychischen Zustände zu äussern. Die Beherrschung ist dann künstlich erzeugt und fällt dem Kranken nicht sehr schwer, weil er die Folgen des Sichgehenlassens fürchtet. Wenn dagegen Wahnsinnige von selbst herausfinden, dass es unter diesen oder jenen Umständen, um der Erreichung eines Zweckes willen (Entlassung aus der Anstalt, Verhinderung der Internirung, Befreiung von der Curatel u. s. w.) gerathen sei, alles Krankhafte zu dissimuliren, so fällt die Fähigkeit der Selbstbeherrschung wieder zusammen mit dem früher besprochenen Symptom des krankhaften Scharfsinnes (§ 97). In gewissem Sinne ist diese Steigerung der Combinationsfähigkeit überhaupt identisch mit krankhafter Willensenergie. Während, wie Maudsley richtig bemerkt, in der Gesundheitsbreite gewisse Menschen ganz unfähig zu sein scheinen, die Association ihrer Vorstellungen zu reguliren, zeichnen sich andere dadurch aus, dass sie in hohem Grade über den Gang und den Gegenstand ihrer Gedanken Herr sind, indem sie das Unbedeutende und Irrelevante fern und einzig und stetig das festzuhalten vermögen, mit dem ihr Geist gerade beschäftigt ist. Auch die stets gewappneten, schlagfertigen, abgefeimten, mit List und Schlauheit zu Werke gehenden Irren bekunden die Fähigkeit sich zusammenzunehmen, ihren Vorstellungsverlauf auf ganz bestimmte Bahnen zu lenken und sich durch äussere und innere Hindernisse nicht von der Verfolgung ihres Zieles abbringen zu lassen[1]). Guislain hat der Versuchung nicht widerstehen können, dementsprechend eine „arglistige Monomanie“ aufzustellen.

Willensschwäche und Willenlosigkeit (Abulia).

§ 113. Innerhalb der Gesundheitsbreite schaltet der Wille über Bewegungen und nicht minder über Gefühle und Vorstellungen nur mit beschränkter Macht. Viele motorische Vorgänge können absichtlich überhaupt nicht angeregt, sondern nur nachgeahmt, aber auch nur für kurzeZeit oder gar nicht verhindert und unterdrückt werden. Dies gilt von den Bewegungen der Eingeweide, weiterhin vom Gähnen, Niesen, Singultus, zum Theil vom Lachen, Weinen u. s. w. Auch beim „besten Willen“ gelingt es nicht unter allen Umständen, die Auf-

1) Mehrere Beispiele vgl. bei Friedreich, Allg. Pathol. der Geisteskrankh. S. 189 ff.

merksamkeit auf äussere Eindrücke zu fixiren oder von Empfindungen, Gefühlen, Wahrnehmungen abzulenken; trotz energischer Anstrengung bleibt das Besinnen bisweilen ohne Erfolg, während wieder manche Erinnerungen durch ein inneres Machtgebot sich schlechterdings nicht bannen lassen. Nicht zu allen Zeiten vermögen wir Phantasievorstellungen zu bilden, andere Male werden wir von selbst sich aufdrängende nicht los. Ob Phantasmen absichtlich hervorgerufen werden können, ist im höchsten Grade zweifelhaft; vorhandene Truggebilde der Sinne lassen sich willkürlich nicht beseitigen. Endlich lehrt die innere Erfahrung, dass wir Verlauf und Association der Vorstellungen bisweilen nicht auf gewisse Bahnen zwingen (nicht über etwas nachdenken) können, ebenso wenig aber — etwa um des Einschlafens willen — völlig zu sistiren vermögen. An gutem Willen fehlt es bei diesen Vorgängen keineswegs, aber die selbständig thätigen Nervenapparate gehorchen nicht dem vom Bewusstsein ausgehenden Impulse, sei es für die Dauer, sei es capriciöserweise momentan. Es ist wie bei gewissen Krämpfen und Lähmungen, wo der beste Wille den Ablauf irritativer Vorgänge nicht zu hindern, anderseits die erloschene Irritabilität nicht anzufachen im Stande ist.

Vom allgemein-symptomatologischen Standpunkte aus kann man zwei Formen von Abulie unterscheiden, nämlich einmal die Unfähigkeit, gewisse Erregungsvorgänge in centralen Apparaten zu unterdrücken, sodann das Unvermögen, den Impuls, die Initiative zur Umänderung eines passiven Zustandes in einen activen zu geben. Freilich ist niemals ausser Acht zu lassen, dass wie Uebung und Gewohnheit die Willensenergie steigern, so auch Mangel an Uebung und Verwöhnung Willensschwäche einschleichen lassen. Dies sind zum Theil schon wegen ihrer Häufigkeit nicht krankhaft zu nennende Erscheinungen: denn wo wäre das menschliche Wesen, welches nicht eine oder selbst einige — eben menschliche geheissene — Schwächen hätte, die deshalb Einzelformen der Willensschwäche überhaupt sind, weil ihr Träger sehr wohl des Defectes sich bewusst ist, aber denselben trotz dieser Erkenntniss doch nicht ausgleicht? Es versteht sich, dass man auf diesen Umstand bei Beurtheilung abulischer Symptome in jedem Falle Rücksicht zu nehmen hat. Im Allgemeinen fallen die Erscheinungen der ersten Form von Willensschwäche nahezu mit den Aeusserungen der Hyperthymie zusammen. Indem wir daher auf das § 103—107 Erwähnte verweisen, erörtern wir hier nur das Allernothwendigste.

Wir haben schon erwähnt, dass die instinctiven Nachahmungs-

und Mitbewegungen, welche beim gesunden erwachsenen Culturmenschen fast oder vollkommen fehlen [1]), bei Kranken wieder wie bei Kindern und Wilden (§ 33) mächtig überhand nehmen können. Auch Angewohnheiten in Miene, Haltung, Gang, besonders aber im Sprechen [2]), auch im Schreiben und anderen sehr complicirten Verrichtungen, die ja schon in der Gesundheitsbreite häufige Erscheinungen sind, sie alle spotten oft der besseren Vorsätze was ihre Vermeidung im Einzelfalle oder die Ablegung überhaupt anlangt. Starken sinnlichen Begierden gegenüber erweist sich der Wille oft schwach, und zwar um so regelmässiger, je häufiger schon diese Begierden befriedigt wurden, je mehr die Hingabe an dieselben bereits zur Gewohnheit geworden ist. In dieser Beziehung verhalten sich Appetitsrichtungen, Aversionen vor geniessbaren Dingen, und sexuelle Gelüste, Lust an körperlicher Ruhe u. s. w. alle gleich. Und mit den Leidenschaften, „Passionen" (Vergnügungssucht, Spielsucht, den „Sports", der Putzsucht, Vagabondage u. s. w. u. s. w.) ist es gar nicht anders. Anders verhalten sich auch nicht die intellectuellen, oft sehr lächerlichen Aversionen, deren Aufzählung wir gar nicht versuchen wollen. Leise geht hier Varietät des psychischen Verhaltens in wirkliche Störung über. Zwangsvorstellungen und perverse Impulse (§ 91 ff.; 110), welche der Gesunde, sofern sie ihn vorübergehend einmal anwandeln, rasch und mit Energie unterdrückt, werden bei psychisch kränklichen und alienirten Personen so zudringlich und mächtig, dass sie, wie erwähnt, die Selbstbeherrschung aufheben und trotz lebhaftem Einspruch des Betroffenen, Willensschwäche erzwingen.

Schon für den normalen Menschen kann es unter Umständen schwierig, ja unmöglich sein, die von selbst sich meldenden Aeusserungen seiner Stimmungen (das Weinen, Lachen u. s. w.) zu unterdrücken. Bei centralen Erkrankungen wächst diese Widerstandsunfähigkeit. Die Kranken vermögen sich ihren Launen und Stimmungen gar nicht mehr zu entziehen und die Ausbrüche derselben schlechterdings nicht mehr zu hindern: soviel bisweilen dem Kranken darauf

1) Erinnert sei hier an die Schwierigkeit, neben einem Trupp in Takt schreitender Menschen oder beim Klange eines Marsches absichtlich gegen den Rhythmus zu gehen, an die Mühe, die es kostet, beim Anblick eines sich heftig an allen Theilen kratzenden Hautkranken sich nicht auch zu kratzen — oder sich nicht zu räuspern, wenn jemand mit heiserer Stimme vorträgt (vgl. auch unten „psych. Contagion").

2) vgl. Kussmaul, Störungen der Sprache in v. Ziemssen's Handb. d. Path. u. Ther. Bd. XII. Anh. S. 211 ff. — Hohnbaum, Psych. Gesundh. u. Irrsinn u. s. w. Berlin 1845. S. 16 ff.

ankommt — das Weinen, Lachen, Seufzen, Stöhnen u. s. w. ist nicht mehr aufzuhalten. Dies sind Vorgänge in hoch organisirten Nervenapparaten, welche den functionellen Krämpfen äusserst nahe stehen oder schon geradezu als solche aufgefasst werden müssen (Wein-Lach-„Krämpfe“ u. s. w.)

Von einem Kranken, der die Ausbrüche seiner Angst schlechterdings nicht bezwingen konnte, war § 45 die Rede. — Hysterische Frauen können oft nicht das Lachen unterdrücken, wo es entschieden, wie sie selbst einsehen, unpassend ist zu lachen. Es gibt auch unglücklich organisirte ebenfalls meist weibliche Individuen, die in den feierlichsten, traurigsten selbst entsetzlichen Situationen lachen „müssen“. Ob es sich bei diesem Vorgange, wie Kussmaul meint, wirklich um Contrastassociation handele, will ich nicht entscheiden.

Willensschwäche, die identisch ist mit mangelnder oder gänzlich fehlender Fähigkeit, den Bewusstseinsimpuls zu einem Geschehen zu geben, äussert sich in körperlicher und geistiger Trägheit, die bis zur völligen Passivität fortschreiten kann. Die Kranken fangen gewohnte Beschäftigungen und Vorstellungsreihen, die sie sonst gleich gesunden Individuen leicht und ohne weiteres begannen und zu Ende führten, nicht mehr an oder sie hören mitten in der Verrichtung plötzlich auf. Sie verharren in einmal eingenommenen Stellungen und Lagen unverhältnissmässig lange, stehen z. B. Morgens nicht aus dem Bette auf oder bleiben an dem Orte stehen, wo sie sich befinden, obwohl es ihnen nicht an Einsicht fehlt, dass eine Veränderung der eigenen Situation jetzt indicirt ist. Bei den höchsten Graden der Abulie werden die Kranken geradezu lebende Statuen. Weiterhin verräth sich diese Art von Willensschwäche natürlich in Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit auf äussere Eindrücke zu fixiren, sich zu besinnen, über etwas nachzudenken. Bei den mässigeren Graden von Abulie der Art klagen die Kranken selbst noch darüber, dass sie „nicht wollen können“, ihre körperliche und geistige Energielosigkeit ist ihnen lästig, sie möchten die Fähigkeit wieder gewinnen, gewisse nothwendige oder wenigstens wünschenswerthe Handlungen auszuführen; selbst aber können sie sich nicht aufraffen.

Mehrere charakteristische Selbstbekenntnisse der Art hat Esquirol mitgetheilt: „Ich weiss, was ich thun muss und ich wünschte es thun zu können; aber geben Sie mir die Kraft, die mir fehlt und Sie werden mich geheilt haben.“ — „Ich weiss, dass ich dies und das thun sollte und dass ich es thun kann. Ihre Rathschläge sind sehr gut; ich möchte Ihre Meinung befolgen, ich bin überzeugt, dass es gut sein würde. Aber thun Sie, dass ich wollen kann, dieses Wollen, welches bestimmt und ausführt. Es ist sicher, dass ich nur Willen zum Nichtwollen habe, denn ich bin ganz verständig. Ich weiss, was

ich thun muss, aber die Kraft verlässt mich, wenn ich handeln soll." — „Der Mangel an Activität kommt bei mir daher, dass meine Empfindungen (Gefühle) zu schwach sind, um auf meinen Willen einen Einfluss auszuüben." —

Willensschwäche dieser Art fällt und hängt auch in der Regel mit Anomalien des Gemüthes und Trägheit des Vorstellungsverlaufes zusammen. Dementsprechend finden wir dieselbe vorzugsweise bei Melancholikern. Die Schwermüthigen, welche in der Privatpraxis zur Beobachtung kommen, legen häufig analoge Selbstbekenntnisse wie die eben angeführten ab. Weiterhin sind Hysterische und Hypochonder, Masturbanten, Impotente nicht selten mit Abulie behaftet. Erschöpfungszustände jeder Art, zumal Anämie, Seekrankheit, manche Vergiftungen, der fieberhafte Process und schmerzhafte oder überhaupt erheblichere Beschwerden machende Affectionen bringen Willensschwäche verschiedenen Grades mit sich. Wo Stupor besteht, da fehlt es an Motiven zu Willensimpulsen, weil die psychischen Verrichtungen im Ganzen auf ein niederes Maass reducirt sind oder weil dieselben wie bei Melancholia attonita (M. cum stupore) in Folge excessiven Seelenschmerzes, unaussprechlicher Angst, die allein die Aufmerksamkeit ganz in Anspruch nehmen, gebunden sind. Auch der physiologische Seelenschmerz (die berechtigte Trauer) und die nicht krankhafte Angst haben ähnliche bei dem einen weniger, bei dem anderen mehr hervortretende Wirkungen auf die Willensfähigkeit.

§ 114. Die psychopathologischen Symptomencomplexe, welche sich aus den bisher besprochenen elementaren Anomalien des Fühlens, Vorstellens und Strebens sowie aus den einfacheren Combinationen dieser Elementarerscheinungen zusammensetzen, bilden pathologische Einheiten höherer Ordnung, von denen nur einige an dieser Stelle noch einer kurzen Erwähnung bedürfen, da sie nicht zu jenen abgeschlossenen Irreseinsformen gehören, von denen die specielle Pathologie der Psychosen handelt.

Allgemeines Delirium (totales D., Del. schlechthin) ist ein Symptomencomplex, in welchem Gefühls-, Vorstellungs- und Strebungsanomalien zu einem wirren Durcheinander vereinigt sind. Bei trauriger, bezw. ängstlicher oder aber gehobener, heiterer, bisweilen feierlicher, hie und da auch wechselnder Stimmung, bei Neigung zu oft sehr heftigen entweder depressiven oder expansiven Affecten ist die Apperception der Aussendinge in der Regel erschwert oder ganz aufgehoben, höchstens einseitig erleichtert; der Kranke ist im Ganzen schwer, unter Umständen gar nicht besinnlich, d. h. er reagirt auf

äussere Einflüsse träge, schwach oder gar nicht mehr. Dagegen besteht lebhaftes Spiel von Phantasievorstellungen; Phantasmen gesellen sich dazu und fälschen als sinnliche Urtheilstäuschungen zusammen mit den intellectuellen Irrungen (Wahnvorstellungen) den continuirlich wechselnden Inhalt des Bewusstseins. Aus diesen krankhaften Gefühlserregungen und Vorstellungsprocessen entspringen massenhafte, bald schwächliche bald sehr energische, leicht in Strebungen oder heftige explosive Handlungen auslaufende Begehrungen, aber sie verfolgen nie bestimmte, völlig klar bewusste Ziele, sondern sie sind immer mehr oder weniger instinctiv und verwirklichen erinnerte oder phantastisch vorgestellte Schemata gewisser — vielleicht unter anderen Umständen normaler — Actionen. Es liegt auf der Hand, dass allgemeines Delirium von der einfachen Ideenflucht durch das Vorhandensein falscher Vorstellungen sich unterscheide, während es wiederum dem partiellen Delirium gegenüber durch Verworrenheit und Ideenjagd sich auszeichnet. Diese Unterscheidungsmerkmale und die schon erwähnte, jedesmal beim allgemeinen Delirium mehr oder weniger ausgesprochene, Unbesinnlichkeit, d. h. die mangelhafte intellectuelle Verarbeitung äusserer Reize zu Vorstellungen und Gedankenreihen nebst betonenden Gefühlen berechtigen wohl hinlänglich dazu, die in Rede stehende psychische Anomalie als eine pathologische Einheit höherer Ordnung festzuhalten. Die nächste Analogie für dieselbe innerhalb der Gesundheitsbreite liefern natürlich die psychischen Vorgänge des Traumes (§ 116). Freilich ist dies auch das schwächste Aequivalent. Etwas stärker schon erinnern an das allgemeine Delirium die halbdunkeln Bewusstseinsprocesse des Zustandes zwischen Wachen und Schlaf und die Phänomene heftigerer Affecte, der Verlegenheit u. s. w. Allgemeines Delirium als solches kann durch sehr viele functionelle, chemische, anatomische Störungen in den Bewusstseinsorganen herbeigeführt werden (Neuralgien, Kopfverletzungen, fieberhafter Process, Infectionen, Vergiftungen, Meningitis, diffuse Enkephalitis u. s. w.).

Die Unterscheidung gewisser Formen von allgemeinem Delirium dürfte schon die Praxis um der leichteren Verständigung willen nothwendig machen. Freilich wird man sich diesbezüglich nicht in Spitzfindigkeiten ergehen und keinen Ballast von Wortbegriffen herstellen. — Entsprechend dem herrschenden Gefühlstone kann man traurige bezw. ängstliche und heitere Delirien unterscheiden. Damit ist schon ausgesprochen, dass ein allgemeines Delirium zugleich auch ein fixes sein kann, indem sich wie beim partiellen die falschen — hier aber sehr rapid wechselnden — Vorstellungen um eine festgehaltene — entweder traurige oder erhebende — Idee bewegen. Diese be-

griffliche Vorstellung ist entweder gleichwerthig mit Selbstunterschätzung, Beeinträchtigtsein oder mit Selbstüberschätzung, Bevorzugtsein u. s. w., sie folgt also den Typen, welche wir früher für das partielle Delirium als maassgebende erkannt haben. Dabei können je nachdem das Centrum der falschen Ideen bestimmte intellectuelle Begehrungen des Kranken bilden wie bei den religiösen, socialen, politischen Delirien u. s. w. Oft auch spiegeln sich sinnliche Begierden in der perversen Vorstellungsthätigkeit — erotische, sexuelle, Hunger-Delirien, wobei dann die genannten Typen weniger hervortreten. Allgemeines Delirium ist dagegen vag, wenn keine bestimmte, continuirlich reproducirte Vorstellung den Mittelpunkt bildet, sondern die dahin jagenden falschen oder auch ab und zu richtigen Ideen inhaltlich fortwährend andere, begrifflich nicht unter sich verbundene sind, wenn die verkehrten Gedanken abspringen und mit ihren Sprüngen öfter auch die Stimmung in den Contrasten des Wehe und der Lust wechselt. Je nach der Intensität der krankhaften Aeusserungen, die beim allgemeinen Delirium zu Tage treten, unterscheidet man blande, ruhige und aufgeregte, furibunde Delirien (D. placida, D. furibunda). Selbstverständlich sind die stillen, mussitirenden einerseits, die schreienden, heulenden Delirien anderseits nur besondere Arten dieser beiden gegensätzlichen Formen des allgemeinen Deliriums.

§ 115. Der psychopathische Zustand, welcher als Stupor bezeichnet wird, bildet gewissermassen den Gegensatz zum allgemeinen Delirium. Während bei dem letzteren psychische Excitation und gesteigerte Reizbarkeit bestehen, herrschen hier Trägheit und Hemmung der psychischen Processe vor. Die Reize der Aussenwelt haben schwache oder gar keine Vorstellungseffecte, die Reproduction ist nach allen Richtungen (einschliesslich des phantastischen Vorstellens) erschwert, selbst theilweise gänzlich suspendirt. Der Vorstellungsverlauf sistirt wohl manchmal für einige Zeit vollkommen, indessen andere Male nur Verlangsamung bei Undeutlichkeit der Einzelheiten im Ideengange obwaltet. Die Gefühlstöne der schwach und dumpf appercipirten Empfindungen und Vorstellungen fallen ganz matt aus, schweigen wohl auch geradezu. Selbst das Erhabendste oder Schrecklichste wird im besten Falle nur einfach appercipirt — wie die Thatsache der Erinnerung an dasselbe nachweist — ohne die entsprechenden Gefühle zu erregen. Dieser Vorstellungsarmuth und Apathie entspricht Begehrungsmangel; die niedersten, aber mit Nothwendigkeit aus dem Lebensprocesse hervorgehenden, Bedürfnisse werden von dem Stupiden undeutlich oder gar nicht mehr vernommen, er äussert keine Begehrungen und Strebungen mehr, oder diese Manifestationen sind völlig energielos, gewohnheitsgemäss und instinctiv. Ein derartiger paretischer Zustand der Bewusstseinsorgane kann einmal durch

heftige, ganz einseitige psychische Ueberreizung hervorgebracht werden. Intensiver Seelenschmerz, unaussprechliche Angst, aber auch der höchste Grad von psychischer Lust erzeugt nicht selten Stupor, wie ja auch die analogen Gefühle beim normalen Menschen ganz ähnliche Zustände für kurze Zeit herbeizuführen vermögen. Selbstverständlich ist hierbei die Apathie (im Sinne dessen, was § 55 gesagt wurde) nur partiell; denn wenn alle übrigen Gefühlserregungen deshalb ausbleiben, weil ein übermächtiges Gefühl, sei dies namenloses Wehe, unaussprechliche Angst oder überwältigende Lust, das Bewusstsein völlig ausfüllt, so kann eben deswegen von vollkommener Apathie nicht die Rede sein: es ist ja nur Unfähigkeit zu zahlreichen anderen Gefühlen wegen des tyrannischen Vorherrschens eines einzigen gegeben. Zweitens kann aber Stupor der Ausdruck eines allgemeinen Nachlasses von Energie in den Bewusstseinsorganen sein. Dann sind keine intensiven Gefühlserregungen Ursache des Zustandes; alle psychischen Vorgänge haben, wenn auch nicht aufgehört, so doch erheblich an Lebendigkeit verloren. (Newington unterscheidet richtig einen delusionellen und einen anergetischen Stupor.)

§ 116. Endlich erfordern an dieser Stelle noch die Schwankungen, welchen die Helligkeit des Bewusstseins, der psychischen Processe insgesammt unterworfen ist, eine kurze Erwähnung. Schon beim allgemeinen Delirium und dem Stupor besteht mehr oder weniger deutliche Umnebelung des Bewusstseins, welche diese Zustände scharf unterscheidet von dem völlig wachen, affectlosen Verhalten des Gesunden einerseits, des leicht melancholisch oder heiter Verstimmten, des Wahnsinnigen, Verrückten, und leicht Schwachsinnigen anderseits. Hier ist Klarheit der inneren zu den äusseren Eindrücken in ununterbrochenem Rapporte stehenden Apperception, es ist Besonnenheit vorhanden, obwohl vielleicht, wie bei einigen der genannten psychischen Störungen, ein völlig falscher Inhalt den Gedanken und Gefühlen ein specifisches Gepräge aufdrückt. Im nicht ganz wachen und im heftigen Affect-Zustande aber verfällt der Gesunde, wie der Kranke, welcher mit einer der genannten Anomalien behaftet ist, ganz regelmässig einer Umnebelung des Bewusstseins, die je nachdem den Charakter deliriöser oder stupider Zustände annimmt und die Besonnenheit aufhebt. (Wie sich unter solchen abgeänderten Bedingungen Gesundheit und Krankheit unterscheiden, d. h. in welcher specifischen Weise der Wahnsinnige, Verrückte, Schwachsinnige im Vergleich zum Gesunden in Halbschlaf, Traum-

zustand oder im heftigen Affect sich verhalte, ist keine Frage, auf welche die allgemeine Psychopathologie Antwort zu geben hat.)

Da der menschliche Organismus a priori auf das Alterniren von Wachen und Schlaf, auf ein „Tag- und Nachtleben der Seele", einen Wechsel zwischen Activitäts- und mehr oder weniger completen Latenzzustand der Bewusstseinsprocesse angewiesen ist, muss nothwendig ebensowohl die Verzögerung, bezw. das Ausbleiben als auch der verfrühte oder in gegebener Zeiteinheit zu häufige Eintritt solcher Schwankungen von symptomatischem Werthe sein. Schlafmangel, Schlaflosigkeit sind daher gerade so wie Schlafsucht und anscheinend vollkommene Sistirung aller psychischen Lebensäusserungen (Lipopsychie) Symptomencomplexe, von denen die allgemeine Pathologie psychischer Störungen Notiz zu nehmen hat.

§ 117. Schlaflosigkeit (Agrypnie, Insomnium, Pervigilium), im normalen Zustande ab und zu einmal vorübergehend, bei centralen Störungen wiederholt und auch für die Dauer vorkommend, ist wohl selten gleichwerthig mit absolutem Schlafmangel. Denn es tritt in der Regel nur sehr verspätet ein leiser, bald wieder von selbst oder durch geringfügige äussere Einflüsse unterbrochener Schlaf ein, während dessen die Perception der Sinne noch nicht erheblich beschränkt, die Vorstellungsthätigkeit noch ziemlich lebhaft ist. Dabei aber finden Illusionen statt, der Ideengang ist verworren, es treten falsche Vorstellungen auf, die gleich den Sinnestäuschungen nicht als solche erkannt werden. Dadurch nähert sich der Zustand dem allgemeinen Delirium. Erinnerungsschwäche und Fehlen des Erquickungsgefühles bei dem baldigen Erwachen sind Schuld daran, dass der Betreffende überzeugt ist, gar nicht geschlafen zu haben. — Der unruhige, von lebhaften Träumen erfüllte Schlaf, während welches oft Traumreden, Auffahren und allerhand weitere, wenig ausgiebige Bewegungen stattfinden, die schwache Analoga des Somnambulismus bilden, ist mit dem allgemeinen Delirium noch näher verwandt, als die (nicht absolute) Schlaflosigkeit. — Als Nachtwandeln (Somnambulismus) bezeichnet man, wie der Name besagt, die Vornahme complicirterer Bewegungen in einem Zustande von Bewusstseinsumnebelung. Diese motorischen Akte, welche nicht selten auf den Ablauf von Denkakten, die gewisse Zwecke verwirklichen, unzweideutig hinweisen (§ 65), sind fast immer solche, die durch Gewohnheit und Uebung sehr geläufig geworden waren, oder mit denen sich der Nachtwandler vor dem Einschlafen notorisch,

bezw. im Traume wahrscheinlich lebhaft beschäftigt hatte. Am plausibelsten erscheint es, dass bei diesen Hirnprocessen doch eben ein bestimmtes Bewusstsein, aber kein ganz klares, für die ganze Dauer der Anomalie besteht und dass Erinnerungsschwäche und hochgradige Vergesslichkeit die Hauptsache ist (§ 65)[1].

Bei den soeben genannten psychischen Anomalien kommt es in Folge leichterer Alterationen der Centralorgane nicht zu der, wir dürfen nur sagen anscheinend vollständigen Bewusstseinspause, welche den physiologischen tiefen Schlaf auszeichnet.

Bei den krankhaften Zuständen, welche als Schläfrigkeit und Schlafsucht bezeichnet werden, handelt es sich um Bewusstseinsumnebelungen, zum Theil vielleicht um Bewusstseinspausen, welche durch ihre Begleiterscheinungen mehrfach mit der physiologischen Müdigkeit und dem normalen Schlafe übereinstimmen, aber hinsichtlich ihrer Genese von anderen Bedingungen abhängig sind, als diese letzteren, auch nicht an die Zeiten gebunden zu sein brauchen, um welche jene sich einstellen, die weiterhin in ihrer Dauer häufig vom normalen Schlafe sich unterscheiden und aus welchen der Kranke unvollkommen, für kurze Zeit, nur schwierig durch kräftige Mittel oder überhaupt gar nicht mehr geweckt werden kann. Je nach den Graden, welche diese Störungen erreichen, unterscheidet man wohl Somnolenz, Sopor, Coma, Carus und Lethargie. (Unter Coma vigil werden verschiedene Bewusstseinsanomalien verstanden: einmal ein unbestimmter Zustand zwischen Wachen und Schlaf, dann die Combination von Sopor mit mussitirenden Delirien, endlich der Zustand des Stupor.)

§ 118. So gewiss wir wissen, dass die Helligkeit des Bewusstseins zu verschiedenen Zeiten nicht gleich ist, so unsicher sind anderseits die Anhaltspunkte dafür, dass im Leben ein Zustand vorkomme, der mit Recht im strengen Sinne als Bewusstlosigkeit, Lipopsychie, Apopsychie bezeichnet werden darf. Nur wahrscheinlich ist es, dass Bewusstlosigkeit vorliege, bezw. vorgelegen habe, wenn einmal gar keine Lebenserscheinungen beobachtet werden, aus denen wir auf den Ablauf psychischer Processe schliessen dürfen und schliessen müssen, wenn zweitens nach eingetretener Aufhellung der Betreffende keine Erinnerung besitzt von irgend welchen, vielleicht auch nur ganz dunkeln Vorstellungen oder Gefühlserregungen, die während des besinnungslosen Zustandes abgelaufen wären. Da die

1) Casuistik bei Jessen l. c. (vgl. § 65).

inneren Zustände eines lebenden Wesens der objectiven Beobachtung nur in Bewegungen von bestimmter Art sich offenbaren, so kann natürlich auch nur aus dem Fehlen von solchen auf Bewusstlosigkeit mit einiger Wahrscheinlichkeit geschlossen werden. Es dürfen also keine spontanen (stets Ideen voraussetzenden) Actionen und auch keine solchen Reflexbewegungen ablaufen, welche wie z. B. die vom Gehör vermittelten, eine Mitwirkung von Vorstellungen einschliessen (§ 104), wenn Lipopsychie angenommen werden soll. Aber es gibt auch pathologische Zustände (Katalepsie, Stupor), bei welchen jede motorische Leistung unmöglich sein kann, und dennoch das Bewusstsein erhalten, bisweilen nicht einmal erheblich umnebelt ist. Dies versichern die Kranken hinterher mit Bestimmtheit, weil sie genauere oder dumpfe Erinnerungen von Bewusstseinsvorgängen während des Anfalls besitzen. Wo dieser nachträglich erst zu erlangende Anhaltspunkt fehlt, also keine, auch nicht die dumpfste Erinnerung an innere Zustände existirt, kann doch immerhin noch die Frage erhoben werden, ob der wieder zu sich Gekommene nicht vergessen habe, was in jenem Zustande in ihm vorging. Es kann ja während desselben Gedächtnissschwäche bestanden haben, so dass keine Vorstellungen hafteten, es kann nach dem Erwachen Erinnerungsschwäche eingetreten und der Betreffende sich des dagewesenen Bewusstseinsinhaltes nicht mehr zu entsinnen im Stande sein (§ 65). Es ist also, wenn auch ganz wohl denkbar, so doch niemals zu beweisen, dass so lange Leben besteht, Bewusstlosigkeit vorkomme.

Die Zustände von Suspension aller psychischen Aeusserungen, von denen es demnach ungewiss ist, ob sie nur hochgradige Umnebelungen oder Pausen des Bewusstseins bilden, werden nach der Dauer und Intensität der begleitenden Erscheinungen namentlich von Seiten der automatischen Centren für Respiration, Herzbewegung, Temperaturregulirung, als Ohnmacht (Eklipsis), Synkope, Asphyxie oder Scheintod bezeichnet. Im weiteren Sinne rechnet man auch zu der sogenannten Lipopsychie die schwereren Formen der Schlafsucht (Carus und Lethargie).

Allgemeine Diagnostik.[1])

§ 119. Die allgemeine Diagnostik der psychischen Störung basirt zunächst auf denjenigen Thatsachen allen, welche in den

1) Literatur: Aeltere bei Friedreich, System. Lit. d. ärztl. u. gerichtl. Psychologie. Berlin 1833. S. 85 ff. — Derselbe, Skizze einer allg. Diagnostik d. psych. Krankh. Würzb. 1829. — Derselbe, Allg. Diagnostik d. psych. Krankh. II. Aufl. Würzb. 1832. — Derselbe, Allg. Pathol. d. ps. Krankh. Erl. 1839.

vorausgehenden Abschnitten über Wesen, Begriff und Arten der in Rede stehenden Anomalien, über die Erkenntnissquellen der allgemeinen Psychopathologie angeführt und in der generellen Symptomatologie bereits erörtert worden sind. Sorgfältige Erhebung der anamnestischen Momente, also genaue Nachforschung, ob etwa Schädlichkeiten vorausgegangen sind, die erfahrungsgemäss zu Irresein disponiren oder solches gern herbeiführen, Kritik dieser anamnestischen Thatsachen, gründliche Untersuchung des ganzen Organismus nach den Regeln, welche die ärztliche Diagnostik überhaupt befolgt, wobei speciell noch auf anderweitige nicht eben psychische Symptome von Seiten der Nervenapparate, auf Constitutionsanomalien oder Organkrankheiten, welche solche veranlassen können, das Hauptgewicht fällt — dies Alles kommt bei der Diagnostik psychischer Störung wesentlich mit in Frage, indem oft auf diesen Grundlagen im Ganzen und nicht etwa auf der Constatirung psychischer Anomalien allein (§ 17) das Urtheil beruht, ob in einem gegebenen Falle psychische Störung angenommen werden müsse oder nicht.

Pathognomonische Zeichen des Irreseins, specifische Kriterien für das Vorhandensein von Geistesstörung existiren ja überhaupt nicht. Die elementaren Erscheinungen der Psychosen und viele zusammengesetzteren Alienationen finden ihre mehr oder weniger vollkommenen Analogien innerhalb der Gesundheitsbreite, die eine gar nicht absehbare Anzahl typischer Varietäten der Geistesverfassung dem ärztlichen Beobachter vorführt. Schon in der Einleitung, in der Lehre von den Quellen unseres Wissenszweiges und in den voraufgehenden Abschnitten der allgemeinen Symptomatologie wurde versucht, diese Analogien überall aufzuzeigen. Hier können wir uns damit begnügen, auf jene Erörterungen hinzuweisen und zugleich als Vordersatz der allgemeinen Diagnostik aufstellen, dass jeder Fall,

S. 655. — Guislain, Phrenopathien. Cap. III. — Derselbe, Klin. Vorträge u. s. w. Deutsch v. Lähr. Vortr. I, II, III, XV. — Hohnbaum, Psych. Gesundheit u. Irrsein u. s. w. Berlin 1845. — Griesinger, Lehrbuch. II. Aufl. I. Buch, 5. Abschn. Cap. II. — Derselbe, Gesamm. Abhandl. Bd. I. S. 1—192. — Kieser, Elemente der Psych. § 44—46. — Spielmann, Diagnostik der psych. Krankh. Wien 1855. — Wille, Versuch e. physio-pathologischen Begründung u. Eintheilung der Seelenstör. Neuwied 1863. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV. 1877. S. 395. — Maudsley, Physiol. u. Pathol. d. Seele. Deutsch v. Böhm. S. 436 ff. — v. Krafft-Ebing, Grundzüge d. Criminalpsych. Erl. 1872. S. 46 ff. — Derselbe, Ger. Psychopathol. Stuttg. 1875. S. 65 ff. — Samt, Die naturwissenschaftl Methode in d. Psychiatrie. Berlin 1874. — Meynert, Skizzen üb. Umfang u. wissensch. Anordnung d. klin. Psychiatrie. Wien 1876. — Benedikt, Nervenpathol. u. Elektrother. II. Leipz. 1876. § 230. — Ausserdem die § 23—38 angeführten Schriften.

bei dem es fraglich ist, ob psychische Störung bestehe oder nicht, als ein Fall für sich genommen und analysirt werden muss, um aus einer Reihe von einzelnen in ein Urtheil auslaufenden Erkenntnissen festzustellen, ob sich die beobachteten Lebensäusserungen des betreffenden Individuums noch innerhalb der Grenzen halten, welche man der Gesundheitsbreite zugesteht, oder ob diese Grenzen bereits überschritten sind.

Die Symptome, aus welchen auf das Bestehen psychischer Störung geschlossen wird, sind ausnahmslos indirecte Krankheitszeichen, da die Organe, welche seelische Lebenserscheinungen vermitteln, einer directen, über ihre krankhafte Beschaffenheit hinreichenden Aufschluss gebenden Untersuchung nicht zugänglich sind. (Dies gilt natürlich auch von den seltenen Fällen, in denen die Hirnrinde direct beobachtet werden kann, weil sie zum Theil blossliegt.)

In der Reihe dieser indirecten Symptome beanspruchen die subjectiven Erscheinungen, die Beschwerden, über welche geklagt wird, natürlich einen verhältnissmässig nicht allzu hohen diagnostischen Werth. Von den Patienten selbst geäussert und als übele Laune, Verstimmung, Angst, Reizbarkeit, Gefühlskälte, innerer Widerspruch bezeichnet, als Verfolgtsein von perversen Ideen, Zusammenlaufen von Vorstellungen im Kopfe, als Gedächtnissschwäche, Stillstehen des Denkens, geistige Unfähigkeit, endlich als Berücktwerden von unnatürlichen Neigungen und Antrieben, als Willensschwäche u. s. w. u. s. w. definirt, haben sie immer nur die Bedeutung von individuellen Urtheilen über innere Erfahrungen von Personen, die vielleicht gar nicht mehr nüchtern und richtig über das, was in ihnen vorgeht, zu urtheilen im Stande sind. Sehr oft werden diese subjectiven Apperceptionen in der Beurtheilung und in der Wiedergabe beim Gespräche übertrieben, grotesk dargestellt und erst die ärztliche Auffassung solcher Mittheilungen entkleidet ihren Inhalt der krankhaften Uebertreibung: „ich kann gar nicht mehr denken, mich gar nicht mehr erheitern, gemüthlich erwärmen, nicht mehr erbauen, ich habe absolut keine Interessen mehr, ich kann überhaupt nicht mehr wollen“ u. s. w., das sind Reden, denen etwas Wirkliches zu Grunde liegt, aber es handelt sich oft um eine verhältnissmässig schwache Analogie dessen, was in hyperbolischer Form und oft emphatisch geklagt wird. Immerhin wird man stets den Kranken sich ausreden und ihn alle subjectiven Symptome mittheilen lassen, die ein wichtiges Material für Symptomatologie und Diagnostik bilden, aber erst durch die ärztliche Beurtheilung ihren wahren Werth und, geläutert

von den subjectiven Uebertreibungen, mehr den Charakter von objectiven Symptomen erhalten. Weiterhin hat man bei Verwerthung dessen, was der Betreffende mittheilt, stets im Auge zu behalten, dass Symptome psychischer Störung geradezu vorgetäuscht (simulirt) werden können. In vielen Fällen wieder werden gar keine Beschwerden, wenigstens keine solchen, die mit einiger Bestimmtheit auf eine psychische Störung hinweisen, geäussert, es ist kein psychisches Krankheitsgefühl, oder besser gesagt keine Erkenntniss vorhanden, dass der Ablauf der seelischen Vorgänge nicht mehr normal ist. Hier ist wiederum daran zu denken und stets festzuhalten, dass absichtlich gewisse subjective Beschwerden und als nicht natürliche erkannte Wahrnehmungen verschwiegen (dissimulirt) werden können.

Auch die nervösen und anderweitigen sogenannten somatischen Beschwerden, über welche der Kranke lebhaft klagt, bedürfen bei dieser Art von Affectionen mehr als bei anderen eben die Bewusstseinsorgane intact lassenden Störungen durchaus einer sorgfältigen ärztlichen Kritik; sie müssen durch das fachmännische, auf Untersuchungsresultaten basirende Urtheil erst in das rechte Licht gestellt und oft von Uebertreibungen gereinigt, schiefer Auffassungen entkleidet werden. Namentlich da, wo es sich um hypochondrisches Irresein und um Vermischung derartiger Alienation mit andern Vorstellungsanomalien handelt, weiterhin bei manchen Formen der Melancholie, da werden die subjectiven körperlichen Krankheitszeichen, die Beschwerden, ganz entschieden übertrieben und verkehrt vorgebracht (allgemeine Abgeschlagenheit, die gar nicht so schlimm ist, Schwäche, die oft völlig weicht, Respirations-, Circulations- und Verdauungsanomalien, von denen oft nur Spuren da sind u. s. w). Umgekehrt aber müssen gewisse negative Symptome der psychischen Störung: die nach allgemeinen Voraussetzungen paradox erscheinende Beschwerdelosigkeit jeder Art, z. B. Mangel des körperlichen Ermüdungsgefühles, trotz starker Arbeitsleistung, Analgesien u. s. w. als wichtige Zeichen erachtet werden.

Die objectiven Symptome psychischer Störung, welche durch die Untersuchung und Beobachtung des Kranken festgestellt, zum Theil durch Angaben der Umgebung des Betreffenden, soweit sie urtheilsfähig ist und auf bestimmte ad hoc gestellte Fragen Auskunft geben kann, ermittelt werden, sind stets von viel grösserer Bedeutung für die Diagnose als die subjectiven Symptome. Selbstverständlich bilden die abnormen psychischen Lebensäusserungen die Cardinalsymptome. Concomitirende und consecutive Erscheinungen der psychischen Störung sind einmal Symptome vom

Nervensystem überhaupt, von Constitutionsanomalien, dann jene mit diesen zum Theil identischen Krankheitszeichen, welche durch besondere Untersuchungsmethoden (Application bestimmter Instrumente, chemische Analyse) ermittelt werden, wie §§ 23—30 erörtert worden ist.

Bisweilen liefert schon der erste Eindruck eines Menschen und seiner Umgebung Anhaltspunkte dafür, dass bei ihm psychische Störung bestehe. Gesichtsausdruck und Mienenspiel, Phonation und Diction, Haltung, Gang, das ganze Benehmen und die äussere Beschaffenheit, die Einrichtung des Zimmers, der Ort, wo man ihn trifft, sind oft in mehr oder weniger auffälliger Weise und charakteristisch verändert oder bezeichnend gewählt und lassen je nachdem Vorhandensein von psychischem Wehe, von Angst, heiterer Verstimmung, von Ideenflucht, deliriöser Aufregung, von Wahnvorstellungen oder Stupor vermuthen. Ja dieser erste Eindruck leitet den Erfahrenen, wie genauer die specielle Diagnostik der Psychosen zu lehren hat, vielleicht schon auf die Muthmassung hin, welche specielle Form des Irreseins vorliege. Freilich bleibt dabei immer zu berücksichtigen, dass die noch physiologischen Abweichungen im psychischen Verhalten, wie motivirter Seelenschmerz, berechtigte Angst, Verwirrung, geistige Ermüdung u. s. w., ähnliche physiognomische und anderweitige äussere Merkmale darbieten können, wie die analogen krankhaften Zustände, dass weiterhin im Leben Individuen passiren, die gar nicht alienirt, starke Auffälligkeiten und grobe Nachlässigkeiten im Aeusseren zeigen; auch darf nicht vergessen werden, dass Simulanten, und zwar um so vollkommener, je geschickter, abgefeimter sie sind, die Exterieurs bestimmter Formen des Irreseins zur Schau stellen können.

Selbstverständlich gibt erst eine genaue Exploration der psychischen und somatischen Individualität und ihrer Antecedentien im weitesten Sinne sichere Anhaltspunkte dafür, dass Störung der psychischen Processe bestehe. Es liegt in der Natur der uns beschäftigenden Anomalien, dass augenblicklicher Befund (Status praesens) und anamnestische Momente in ganz besonders intimer Beziehung und in wechselseitiger Abhängigkeit von einander stehen. Oft werden ja die der Vergangenheit angehörigen inneren Zustände, Handlungen u. s. w. eines Kranken erst verständlich, wenn der gegenwärtige Zustand genau bekannt ist und viele zur Zeit hervortretende Lebenserscheinungen gewinnen erst im Lichte anamnestischer Thatsachen den Werth von krankhaften Phänomenen. In praxi dürfte demnach nur in seltenen Fällen aus den Resultaten einer selbst genauen Untersuchung an sich oder aus der eingehen-

den Anamnese allein die Diagnose auf psychische Störung mit Sicherheit zu stellen möglich sein. Hier erörtern wir der leichteren Uebersicht wegen die diagnostischen Anhaltspunkte, welche auf beiden Wegen gewonnen werden, gesondert von einander.

§ 120. Durch die Untersuchung und Beobachtung werden die psychischen und weiterhin die somatischen Symptome festgestellt, welche das Individuum darbietet. Oft ist hierzu längere Zeit erforderlich; es muss die betreffende Person wiederholt bei Einwirkung ungleicher Einflüsse, unter verschiedenen Verhältnissen beobachtet werden. Dies ist zumal, was die gründliche Ermittelung der psychischen Symptome anlangt, sehr wichtig, deren Aeusserung so wesentlich von der jeweiligen Situation, d. h. vom Vorhandensein oder Fehlen dieser oder jener psychischen Reize abhängt. Auf diese Dinge kann hier nicht speciell eingegangen werden; nur sei darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, das Verhalten des Betreffenden auch zu Zeiten zu prüfen, während welcher er sich unbeobachtet glaubt.

Bei der Verwerthung der psychischen Symptome für die Diagnose ist stets im Auge zu behalten, dass nur diejenigen Phänomene, welche quantitativ erheblich oder qualitativ deutlich von den — wesentlichen Schwankungen und Variationen unterworfenen — psychischen Erscheinungen der Gesundheitsbreite abweichen, als Kriterien für das Vorhandensein von Seelenstörung betrachtet werden dürfen. Was das erstere, nämlich die Differenz nach der Quantität anlangt, so wurde zwar früher im Einzelnen zu zeigen versucht, in wie weit noch leichtere oder schwerere Beweglichkeit der Gefühle, Förderung oder Hemmung der Wahrnehmungs- und Reproductionsvorgänge, sowie des Vorstellungsverlaufes, Steigerung oder Verminderung der Begehrlichkeit, des Strebens und Wollens als normale Erscheinungen, in wie fern sie dagegen als krankhafte zu bezeichnen seien. Im gegebenen Falle kann aber die Entscheidung, dass gewisse psychische Reize kleinere oder grössere Gefühls-Vorstellungs- oder Strebungseffecte hätten erzielen müssen, sehr schwer fallen, ja unmöglich werden, wenn man sich nicht mit einem subjectiven Ermessen, einem Dafürhalten begnügen will. Selbstverständlich wird eine derartige Ungewissheit nicht bezüglich sehr auffälliger, sondern nur hinsichtlich gewisser mässiger Abweichungen im psychischen Verhalten bestehen können. Basis und diagnostische Bedeutung erhalten diese nicht eclatanten quantitativen Anomalien erst durch gleichzeitig vorhandene somatische Abnormitäten und durch

anamnestische Momente: sie lassen sich also nur im Rahmen des ganzen Krankheitsbildes und seiner Genese verstehen, würdigen und eben auch diagnostisch verwerthen.

Andere psychopathische Symptome unterscheiden sich schon ihrer Qualität nach bestimmt von den inneren Vorgängen und Zuständen, welche der Gesundheitsbreite angehören. Für diese psychischen Erscheinungen finden sich entweder gar keine, oder nur ganz entfernte Analogien im psychischen Verhalten des normalen, erwachsenen und civilisirten Menschen. Als Symptome der Art sind die folgenden zu betrachten:

1) Völlig unmotivirte, im Hinblick auf die äusseren Umstände sogar widersinnige und dabei energisch hervortretende Stimmungen, wie psychischer Schmerz oder Trauer, Angst, psychische Lust oder Heiterkeit, welche zwangsmässig sind (Zwangsempfindungen P. Samt, besser Zwangsgefühle) und nicht gestatten, dass der Betroffene sich ihnen willkürlich entziehe, noch dass er ihnen durch irgend welche Einflüsse der Aussenwelt gänzlich entzogen werde, die der äusseren Erscheinung des Individuums ein ganz bestimmtes Gepräge verleihen, welches oft schon dem ersten Blicke auffällt. Sind diese Symptome die hauptsächlichen im psychischen Krankheitsbilde, so spricht man von Gemüthsleiden, Gemüthskrankheiten, von Verstimmungen (traurigen oder heiteren) schlechthin. In vielen Fällen von psychischer Störung ist wiederum die Stimmungsanomalie nicht das hervorstechendste Symptom, ja sie ist bisweilen schwer nachzuweisen und für manche Formen psychischer Störung muss sogar Stimmungsmangel als charakteristisch betrachtet werden.

2) Phantasmen, nämlich Hallucinationen und phantastische (nicht physiologische) Illusionen sind sehr wichtige qualitativ von den normalen Vorgängen verschiedene Erscheinungen. Sie kommen selten bei solchen Personen vor, die nicht mit Stimmungsanomalien und anderweitigen Zeichen von Alienation behaftet sind. Als hallucinatorisches Irresein bezeichnet man wohl Seelenstörungen, bei denen Phantasmen häufig, sogar fast continuirlich, auch im Bereiche mehrerer oder aller Sinne auftreten. Anderseits werden in nicht wenigen Fällen von leichterer und sehr schwerer Erkrankung der Bewusstseinsorgane gar keine Phantasmen beobachtet.

3) Manche Zwangsvorstellungen sind wegen ihres ganz perversen Inhaltes, ihrer ungemein häufigen Wiederkehr, ihres zähen Haftens und Stehendwerdens qualitativ verschieden von den gleichnamigen Phänomenen bei Gesunden.

4) Wahnvorstellungen, welche in den früher angegebenen

Merkmalen von dem Irrthume normaler Menschen differiren, sind charakteristische Symptome gewisser Psychosen, die zu den „Verstandesstörungen“ (im Gegensatze zu den Gemüthsstörungen), den Geisteskrankheiten im engeren Sinne gerechnet werden. Auch bezeichnet man die Irreseinsformen, bei denen sie integrirende Bestandtheile des psychischen Krankheitsbildes ausmachen, schlechthin als Wahnsinn. Demnach versteht es sich von selbst, dass es psychische Störungen ohne Wahnvorstellungen gibt.

5) Diagnostisch wichtig sind auch die impulsiven Handlungen, die sich qualitativ von den Actionen des gesunden erwachsenen Culturmenschen dadurch unterscheiden, dass ihre Motive dem Thäter selbst nicht klar oder geradezu unbekannt sind. Handlungen der Art deuten (selbstverständlich ausgeführt und nicht etwa blos als Ideen, Vorschläge im Bewusstsein auftretend) immer auf abnormen Verlauf höchster psychischer Processe hin. Schon die Handlung, auf welche der Impuls hinweist, ist oft eine solche, die der grossen Mehrzahl der Menschen unnatürlich ist. Weiterhin ist das Unvermögen, dem Antriebe nicht zu gehorchen, charakteristisch für diese psychischen Vorgänge, welche oft im Zustande von Bewusstseinsumnebelung oder bei aufgehobenem Selbstbewusstsein ablaufen. Man spricht, wie bereits erwähnt wurde (§ 111), von impulsivem, instinktivem Irresein dann ,wenn dergleichen Actionen die Hauptrolle im Symptomencomplexe spielen. In vielen Fällen von psychischer Störung finden impulsive Actionen gar nicht statt; die Kranken handeln ganz besonnen, sogar sehr überlegt, wenn auch oft von völlig verkehrten Motiven bestimmt, die sie auch in ihrer Weise zu vertheidigen im Stande sind. Weiterhin gibt es Geisteskranke, bei welchen das Handeln im engeren Sinne überhaupt, mithin auch das impulsive aufgehört hat, bei denen nur noch reflectorische und automatische Bewegungen zu Stande kommen.

Wenn also auch die bisher genannten qualitativ von den normalen Lebensäusserungen verschiedenen psychischen Erscheinungen ausnahmslos auf abnorme Vorgänge und Zustände in den Bewusstseinsorganen hinweisen, so dürfen sie doch als pathognomonische Zeichen der psychischen Störung nicht betrachtet werden. Sie können ja — wie bei gewissen psychischen Schwächezuständen, acuten, transitorischen, wie chronischen, stabilen, allesammt fehlen und doch wird Niemand annehmen, dass hier psychische Integrität vorliege. Bei solchen Zuständen nun fallen wieder die quantitativ sehr erheblichen und jedem, selbst dem unerfahrenen Beobachter, auch dem Laien schon erkenntlichen Abweichungen vom Durchschnittstypus

ins Gewicht, indem die Gefühlsstumpfheit, die Trägheit und Schwäche der Vorstellungsprocesse, der (höheren) Begehrungen, Strebungen und Willensacte — also lauter negative Symptome — drastisch in den Vordergrund treten. (Bei den leichteren Graden solcher psychischer Anomalien liegen freilich die Verhältnisse selten völlig klar zur Beurtheilung vor, daher denn auch gerade die mässigen Formen des Schwachsinns für die Diagnostik ganz erhebliche Schwierigkeiten bieten können. Welche Zweifel — man denke an Criminalfälle — über die Richtigkeit der „Auffassung“ einer psychischen Persönlichkeit können uns da berücken!)

Durch die persönliche Exploration werden weiterhin unter Umständen gewisse morphologische (statische) und functionelle Anomalien constatirt, welche wichtige diagnostische Anhaltspunkte dafür liefern, dass krankhafte psychische Störung in einem gegebenen Falle vorhanden sei oder doch wenigstens vorliegen könne. Gewissheit geben natürlich nach dieser Richtung hin nur die allerhochgradigsten allgemeinen Verengerungen, sowie die geradezu monströsen Erweiterungen des Schädels, da sie erfahrungsgemäss niemals mit psychischer Integrität zusammentreffen. Mit Hülfe anderer, nicht dem ersten Blicke wie die eben genannten sich offenbarender Symptome vermögen wir wenigstens ein pathologisch-physiologisches Verständniss der ganzen geistigen und körperlichen Persönlichkeit zu gewinnen und den objectiven Nachweis zu liefern, dass die beobachteten psychischen Symptome mit somatischen Abweichungen in einem Zusammenhange stehen, der vom Standpunkte der Erfahrungswissenschaft nicht mehr zufällig genannt werden kann.

Anomalien des Schädels, Microcephalie, Macrocephalie mässigeren Grades, Asymmetrie beider Hälften des Cranium, überhaupt partielle Verengerungen oder Erweiterungen desselben, soweit sie nicht ausreichend compensirt sind, kommen ebenso wie gewisse Missverhältnisse zwischen Hirn- und Gesichtsschädel, Verbildung einzelner Gesichtsknochen, Prognathie u. s. w. ganz vorzugsweise bei Individuen zur Beobachtung, welche entweder unzweifelhafte Anomalien in den psychischen Processen aufweisen, oder doch mit einer besonderen, unter den entsprechenden Bedingungen auch zu Tage tretenden Disposition zu psychopathischen Lebensäusserungen behaftet sind. Fast dasselbe gilt von manchen Abnormitäten der Weichtheile am Kopfe, zumal den Verbildungen eines oder beider Ohren, der Nasenknorpel, der Oberlippe und des Gaumens, der Zunge, den Unregelmässigkeiten der Zahnentwickelung und Zahnstellung, weiterhin sogar von Missbildungen der Genitalien, halbseitigen Entwickelungshem-

mungen und Agenesien, endlich von allgemeiner Hemmung des Wachsthums (Zwergwuchs). Alle diese Abnormitäten fallen häufiger mit psychischer Alienation, bezw. Infirmität, als mit Normalität und Normalbleiben der psychischen Lebensvorgänge zusammen.

Functionelle St ungen im Bereiche der Nervenapparate, soweit sie eben nicht als psychische Anomalien zu betrachten sind, haben stets eine diagnostische, bald höhere, bald geringere Bedeutung. So sind Sprachstörungen jeder Art, epileptische Anfälle, Spasmen animalischer Muskeln, zumal des Gesichts, kataleptische Starre (Flexibilitas cerea), Contracturen, Tremor, Paresen und Paralysen, weiterhin auch auffallend geschickte, sehr kräftige, anderseits täppische Bewegungen, endlich Anomalien im Verhalten der motorischen Nerven gegen elektrische Ströme (§ 29) wichtige Symptome, welche zwar mit der psychischen Störung nicht direct zusammenhängen, aber den Ablauf krankhafter Processe, das Vorhandensein pathologischer Zustände im Nervensystem überhaupt nachweisen. Es wurde früher schon erwähnt, dass auch Affectionen der Sinnesorgane für die Diagnostik der Psychosen von Bedeutung sein können (§ 27, 28). Von functionellen Störungen der Sinne verdienen Beachtung auffällige Toleranz gegen grelles Licht und Lichtscheu, Flimmern vor den Augen, Gesichtsschwindel, das so wichtige Verhalten der Pupillen, Feinhörigkeit, Empfindlichkeit gegen bestimmte, namentlich grelle Geräusche, Ohrensausen, ungewöhnliche galvanische Reaction des Acusticus. Functionsanomalien des Olfactorius und der Geschmacksnerven sind gleich cutanen Hyperästhesien und Anästhesien, Hyperalgien und Analgien (Selbstverstümmelung), sofern sich ihr wirkliches Vorhandensein unzweifelhaft nachweisen lässt, sehr wichtige accidentelle Erscheinungen. Auch Neuralgien und Paralgien beanspruchen, wie Schüle vor Allem gezeigt hat, einen bestimmten diagnostischen Werth. Vasomotorische und trophische Störungen, welche namentlich die ersteren begleiten, gestatten hier eine Schlussfolgerung aus objectiven Symptomen. Sehr werthvoll für die Diagnostik sind weiterhin gewisse Innervationsanomalien visceraler Organe, unregelmässige, intermittirte seufzende Respiration, Irregularität und Inäqualität u. s. w. der Herzaction und die nach Wolff's Untersuchungen so bedeutungsvollen Veränderungen des Pulsbildes (§ 26). Stuhlverstopfung begleitet wie Hirnkrankheiten überhaupt auch sehr häufig die psychischen Störungen. Incontinenz von Darm und Blase sind mehr von speciell diagnostischer Wichtigkeit.

Abnorme Hautfärbungen — allgemeine Blässe, Cyanose abhängiger Theile, zumal der Füsse und der Nase, oder allgemeine bläu-

liche Färbung, seltener Broncefärbung, sind bei chronischen Fällen Röthe des Gesichtes, Icterus bei acuten Psychosen diagnostisch nicht ohne Bedeutung. Von den Beziehungen zwischen den — durch Körperwägung nachzuweisenden — Schwankungen der allgemeinen Ernährung und psychischen Störungen war schon früher (§ 23) die Rede. Nicht gerade sichere, aber doch bisweilen brauchbare Anhaltspunkte liefern Temperaturmessung und pathologische Chemie (§ 25, 30). Endlich ist noch zu erwähnen, dass auf psychisch kranke Individuen intercurrente fieberhafte Affectionen (z. B. Typhus, Schlager, Wille, Jolly) hie und da anders als auf bis dahin Gesunde einwirken und dass bei ihnen bisweilen grosse Toleranz gegen Arzeneimittel, zumal narkotische, beobachtet wird. Was den Alkohol anlangt, so wird er (je nach der Form der vorliegenden Psychose) bald auffallend gut und in grossen Dosen, bald aber auch in geringer Quantität relativ schlecht vertragen (Dipsomanie einerseits, hereditäres Irresein, psychische Störung nach Kopfverletzungen anderseits). Aehnlich verhält es sich auch mit der Toleranz gegen galvanische Ströme, die durch den Kopf geleitet werden (§ 29).

§ 121. Die Anamnese gibt zunächst Aufschluss darüber, ob die zur Zeit vorhandenen psychischen Erscheinungen in der Geschichte des Individuums etwas Neues sind, oder ob der gegenwärtige Zustand schon seit langer Zeit unverändert bestanden habe. Im ersteren Falle hat sich eine deutliche Veränderung der psychischen Persönlichkeit entwickelt, ihr Verhalten in Stimmung und Stimmbarkeit, in Neigungen, Charakter, Fähigkeiten u. s. w. ist theilweise oder durchweg gegen früher umgewandelt, bisweilen bestehen geradezu Contraste: „Der Mässige ergibt sich dem Trunk, der Leichtsinnige grübelt über der Bibel, der Schüchterne wird laut und herausfordernd, der Sittsame obscön u. s. w.“ (Griesinger) „Der Beamte studirt Philosophie, der Schuhmacher grübelt über Dogmatik, der Officier geht in die Kirche“ (H. Neumann).

So gewiss auch die normalen Entwickelungsvorgänge und die Involution im Alter bestimmte Veränderungen im psychischen Verhalten mit sich bringen, dieselben erscheinen doch in Anbetracht der sonstigen Lebensbedingungen nach dem Zeugniss der Erfahrung verständlich, erfolgen auch gar nicht so stossweise wie die krankhaften Umwandlungen, die öfter mit einem genauer bekannten zurückliegenden Ereignisse, einer heftigen Gemüthsbewegung, einer intercurrenten körperlichen Schädlichkeit u. s. w. in unverkennbarem Zusammenhange stehen; auch bringen die normalen Evolutions- und Involutionsvorgänge

nicht so eclatante Contraste im Seelenleben hervor, wie sie krankhafte Vorgänge in den Centralorganen gern herbeiführen. Eine gewisse Beständigkeit einzelner psychischer Eigenthümlichkeiten lässt sich beim Gesunden doch aus allen Phasen des individuellen Lebens herauserkennen und jede durchgreifende und längere Zeit andauernde Veränderung der psychischen Klangfarbe muss den Verdacht auf krankhafte Störung erwecken, welche — wie nicht selten der Fall — allerdings gerade um die Zeit von Wendepunkten in der psychischen und somatischen Lebensgeschichte eingetreten sein kann (Pubertät, Climacterium, Senium). — Im andern Falle, wo es sich nicht um neue Erscheinungen in der psychischen Lebensgeschichte der betreffenden Person handelt, ist schon seit langer Zeit, vielleicht seit den Kinderjahren, ein ungewöhnliches Verhalten des Individuums aufgefallen; dasselbe entsprach nicht einem der zahlreichen Typen, welche die Gesundheitsbreite in sich schliesst: gemüthliche oder geistige Inferiorität — mit allen ihren Consequenzen bezüglich des Handelns und eben auch des Nichthandelns — öfter sogar Stumpfheit des Gemüthes und des Verstandes zugleich waren immer mehr oder weniger bestimmt hervorgetreten. — In manchen Fällen ergibt die Anamnese nach beiden Richtungen sehr wichtige Aufschlüsse: es sind positive, neue Erscheinungen zu einem Zustande partieller oder allgemeinerer Negation normaler psychischer Verrichtungen hinzugetreten, gemüthliche oder geistige Verkümmerung paarten sich mit Exaltationen, mit gehobener oder gedrückter Stimmung, mit Wahnvorstellungen u. s. w.

Weiterhin geht in vielen Fällen aus der Anamnese hervor, dass auf das betreffende Individuum Schädlichkeiten eingewirkt haben, welche als directe oder entferntere Ursachen des Irreseins erfahrungsgemäss betrachtet werden müssen. Diese Schädlichkeiten, von welchen genauer die allgemeine Aetiologie der psychischen Störungen zu handeln hat, fielen entweder in den Bereich der persönlichen Lebensgeschichte, hie und da schon an den ersten Anfang derselben in utero, oder sie lagen bereits jenseits dieser in der Geschichte der Keime, aus welchen das Individuum entstand. — Kürzere oder längere Zeit vorher abgelaufene acute, chronische, eventuell noch fortbestehende Infectionskrankheiten, Anomalien der Blutmischung, zumal Intoxicationen, Erkrankungen der Nervencentralorgane, Schädelverletzungen, eine Reihe anderweitiger Organkrankheiten, deren Spuren, bzw. fortbestehende Symptome sich eventuell durch objective Untersuchung nachweisen lassen, sodann vorausgegangene heftige Gemüthsbewegungen, geistige Ueberanstrengung sind als Gelegenheitsursachen auch diagnostisch von Bedeutung. Als zu

Geistesstörung prädisponirende Momente aber beanspruchen den gleichen Werth einmal tiefere moralische Depravation, Ausschweifungen, schwere Trunksucht, sodann besonders Nerven- und Geisteskrankheiten der Eltern (organische Belastung). Im Rausche oder während des Bestehens von Geistesstörung (bei einem der Eltern) erzeugte Individuen sind besonders gefährdet.

§ 122. Die allgemeine Psychopathologie hat im Grunde genommen nur davon zu handeln, wie sich psychische Störung überhaupt aus den Ergebnissen der Exploration unter Berücksichtigung anamnestischer Thatsachen erkennen lasse. Mit der Diagnostik der einzelnen Irreseinsformen beschäftigt sich selbstverständlich die specielle Pathologie der Psychosen. Eine jede Darstellung derselben (im Vortrage wie im Lehrbuch) hat vorerst die schwierigste aller irrenärztlichen Fragen zu beantworten, wie denn die Irreseinsformen classificirt, welche Gesichtspunkte dem entsprechend für die Diagnostik maassgebend sein sollen. Ohne auf diese Frage und die verschiedenen Versuche, sie zu lösen [1]), hier näher einzugehen, wollen wir wenigstens die Principien ins Auge fassen, nach welchen die Diagnose im Einzelfalle formulirt werden kann und formulirt wird.

Der älteste diagnostische Standpunkt ist der symptomatisch-psychologische. Für gewisse als typisch erachtete Complexe abgeänderter psychischer Lebenserscheinungen sind von jeher bestimmte Bezeichnungen gewählt worden, von denen viele wieder abgestorben und verschollen sind, deren einige sich bis auf unsere Tage lebensfähig erhalten haben. So spricht man noch heute allgemein von Schwermuth oder Melancholie, von Manie (oder Tobsucht), von Wahnsinn, Verrücktheit (Schwachsinn und) Blödsinn und verbindet hergebrachterweise mit diesen Wortbegriffen Vorstellungen von gewissen empirisch-psychologischen Symptomencomplexen. Freilich werden diese Wortbegriffe zum Theil wenigstens nicht in dem gleichen Sinne gebraucht; unter Tobsucht wird symptomatisch Verschiedenes, ja sich Widersprechendes verstanden, Wahnsinn und Verrücktheit werden promiscue gebraucht, Verrücktheit und Blödsinn bisweilen nicht strict geschieden, daher denn Pelman nicht so Unrecht hatte, wenn er kürzlich ausrief: Wir verstehen uns einander selbst nicht mehr! Das kommt her von der Anlehnung pathologischer

1) Eine Zusammenstellung der meisten Classificationsversuche liefert die Arbeit von Kahlbaum: Die Gruppirung der psychischen Krankheiten u. s. w. Danzig 1863.

Begriffe an populäre, ganz unwissenschaftliche, zum Theil noch dazu (Melancholie) längst nichts mehr bedeutende Wortbegriffe. Zudem ist dieses künstliche nosologische System, das „Fachwerk“, wie es Kahlbaum treffend genannt hat, unfähig, gewisse psychopathologische Einheiten höherer Ordnung aufzunehmen, es muss dieselben, trotzdem sie in That und Wahrheit existiren, consequenterweise ignoriren oder irgendwie als Nebensächlichkeiten — als Varietäten einzelner dogmatischer Formen, als Complicationen des Irreseins — abhandeln und so in schreienden Widerstreit mit den Ergebnissen alltäglicher Beobachtung gerathen. Alles dieses und die wichtige Erfahrung neueren Datums, dass eben doch nicht, wie man längere Zeit zu glauben geneigt war, die oben genannten Irreseinsformen im Grossen und Ganzen Stadien eines Processes seien, dass es (abgesehen von originären Schwächezuständen) nicht nur eine psychische Störung giebt, die auf verschiedenen Entwickelungsstufen differente Physiognomien zeigt — dies alles hat die symptomatologische Auffassung und Diagnostik der Irreseinsformen mit Recht in Misscredit gebracht. Dennoch ist es bis jetzt noch nicht gelungen, eine andere für die Bedürfnisse der Praxis hinreichende Classification der psychischen Störungen an Stelle des „Fachwerkes“ zu setzen.

Als Schwermuth oder Melancholie[1]) bezeichnet man einen Complex von abgeänderten psychischen Lebenserscheinungen, in welchem der Seelenschmerz, die unmotivirte, traurige oder gedrückte Stimmung Hauptsymptome sind. Psychische Hyperalgie, Unfähigkeit zu Lustgefühlen sind in der Regel, häufig auch verschiedene Formen der psychischen Analgie vorhanden. Trägheit der Vorstellungsprocesse im Allgemeinen, dafür aber zähes Haften von peinlichen, widerlichen Erinnerungen, analogen Phantasie- und Zwangsvorstellungen sind weitere wichtige Elementarerscheinungen der Schwermuth, die ganz gewöhnlich Schwäche des Strebens und Wollens herbeiführt. Wo diese Symptome allein vorhanden sind, spricht man von Melancholia simplex, trauriger Verstimmung, Melancholia sine delirio. Gesellen sich zu den genannten Erscheinungen häufiger auftretende Angstanfälle hinzu, oder besteht neben ihnen ein dauernder Zustand von Aengstlichkeit und innerer Angst, so erhält der ganze Symptomencomplex einen mehr oder weniger specifischen Charakter, daher man denn eine Melancholie mit Angst (oder Präcordialangst) von der einfachen Schwermuth unterscheidet. Weiterhin können die Symptome der Schwermuth complicirt sein mit Phantasmen und mit Wahnvorstellungen, welche, wie früher erwähnt wurde, regelmässig in associativer Beziehung stehen zu der charakteristischen Stimmungsanomalie: Melancholie mit Sinnestäuschungen, Mel. mit Wahnvorstellungen, Mel. cum delirio, melancholischer

1) Die Hypochondrie wird von Einigen auch mit in den Begriff Melancholie aufgenommen.

Wahnsinn (hypochondrischer Wahn, Versündigungswahn und religiöse Mel., Verfolgungswahn, Besessensein, Metamorphose u. s. w.). Der peinliche Bewusstseinszustand kann — und dies ist schon bei Melancholie mit Angst häufig der Fall — beinahe continuirlich, auch anfallsweise (Raptus melancholicus) allerhand instinktive Strebungen oder mehr gleichförmige Impulse zu Handlungen auslösen, welche wiederum auf den Gemüthszustand des Kranken zurückweisen, auf seine Angst und innere Noth, auf seine Langeweile, auf seinen Lebensüberdruss: Mel. activa, Mel. agitans, Mel. mit anhaltender „Willensaufregung" einerseits, Mel. mit Zerstörungstrieben, mit Selbstmordstrieb u. s. w. anderseits. Wenn dagegen durch excessiven Seelenschmerz, ungeheure Angst und adäquate Phantasmen nebst Wahnideen die übrigen psychischen Vorgänge, speciell diejenigen, welche Motive zu Handlungen werden könnten, und weiterhin die Reaction auf äussere Reize gehindert oder gänzlich aufgehoben werden, so spricht man von Mel. passiva, Mel. attonita, Mel. mit Stupor, mit Stumpfsinn.

Unter Manie [1]) versteht man einen Complex von Erscheinungen, bei welchen psychische Lust, gute Laune, Heiterkeit, Uebermuth die fundamentalen Anomalien sind. Es besteht zugleich eine starke Disposition zu expansiven Affecten; obwohl die Beweglichkeit der Gefühle überhaupt krankhaft erhöht ist und Stimmungswechsel öfter vorkommt, verschwinden doch etwaige Erregungen psychischer Wehgefühle, so heftig sie auch waren, schnell wieder und es kehrt bald der entgegengesetzte Zustand zurück. In gewissem Sinne ist auch psychische Analgie vorhanden, indem manche Reize keinerlei Unlustgefühle anregen. Allgemeine Förderung der Vorstellungsthätigkeit, erleichterte Apperception von Aussendingen, erleichterte Erinnerung, luxuriirende Phantasie, Steigerung des Combinationsvermögens, erhöhte Begehrlichkeit, massenhafte Strebungen bei mehr oder weniger mangelnder Fähigkeit, die inneren in Handlungen auslaufenden Vorgänge willkürlich zu regieren, sind weitere charakteristische Elementarerscheinungen des Krankheitsbildes. Einen solchen Zustand von heiterer Aufregung, Unstetigkeit, von planlosem Thun und Treiben, das vielleicht hinterdrein noch von dem Kranken geschickt bemäntelt wird, hat man als maniakalische Exaltation, als Mania sine delirio, als tobsüchtige Form der Folie raisonnante (auch als Moria Ehrhardt), als heitere Verstimmung (A. Erlenmeyer) bezeichnet. Wenn mit lustiger, übermüthiger, allerdings sehr häufig in den Gegensatz umschlagender Stimmung Incohärenz der Vorstellungen (Ideenflucht), Phantasmen, falsche Vorstellungen, die meist nur kurzen Bestand haben, ungeheure Beweglichkeit, überhaupt explosives Handeln, äusserste Unruhe und selbst Jactation sich verbinden, so spricht man von Manie oder Tobsucht schlechthin. — Mehrere ebenfalls „Manie" genannte Irreseinsformen, wie die epileptischen Wuthanfälle, das Delirium tremens und selbst die „Nymphomanie" haben mit der eigentlichen Manie gar nichts oder nur sehr wenig gemein.

1) Oder Tobsucht; da aber Tobsucht auch für Melancholie mit Aufregung gebraucht wird, so fällt der Hauptaccent auf den Wortbegriff Manie.

Der Wortbegriff Wahnsinn ist entsprechend seiner Dehnbarkeit für verschiedene Symptomencomplexe verwendet worden und bis in unsere Zeit gebrauchen ihn leider die Autoren nicht in ganz übereinstimmender Weise. Während Einige, wie oben angedeutet wurde, die Melancholie mit Wahnvorstellungen, die Verrücktheit ihm unterordnen, verstehen unter Wahnsinn sensu strictiori Griesinger und diejenigen, welche ihm sich anschlossen, einen psychopathischen Zustand, dessen Grundzüge affective, anhaltende Selbstüberschätzung und dieser entsprechende abundante zum System ausgearbeitete Grössenwahnvorstellungen verschiedener Art (§ 101) ausmachen. Heitere Laune und Selbstzufriedenheit, dabei aber erhebliche Reizbarkeit und heftiges Wesen, sobald das veränderte Ich mit den Einflüssen der Aussenwelt irgendwie in Conflict geräth, Steigerung des Combinationsvermögens, die sich in Schlagfertigkeit, namentlich was die Vertheidigung der Wahnideen anlangt, manifestirt, sind weitere wichtige Erscheinungen dieser Irreseinsform, bei welcher das Handeln, die Repräsentation des Kranken überhaupt im Sinne verkehrter Motive völlig besonnen und wohl überlegt erscheint.

Der Inhalt des Wortbegriffes Verrücktheit ist ebenfalls verschieden definirt worden. Einmal wollte man mit Griesinger eine Zeit lang unter partieller Verrücktheit nur solche psychopathische Zustände verstanden wissen, bei denen Gemüthsstumpfheit, Trägheit und Lückenhaftigkeit des Vorstellens (Erloschensein vieler Vorstellungen), Mangel an Willensenergie — also alle Symptome geistiger Schwäche — bestehen, während zugleich Wahnvorstellungen vorhanden sind, die nicht wie bei anderen Irreseinsformen continuirlich sehr lebhafte Gefühle bei dem Kranken unterhalten, dem entsprechend auch eine äussere Besonnenheit zulassen, die aber doch noch in dem abgeänderten, verfallenen Ich desselben Gemüthsbewegungen zu erregen im Stande sind, nämlich kindische Freude, wenn man ihnen schmeichelt, Zornausbrüche beim Versuch, sie zu widerlegen. Für weitere mehr elementare Erscheinungen dieses als partielle Verrücktheit bezeichneten Symptomencomplexes erachtete man Hallucinationen und Illusionen, sodann allerhand Bizarrerieen, sonderbare Gewohnheiten u. s. w. (§ 107).

Während der Wortbegriff Verrücktheit von Manchen bis heute noch in diesem Sinne, also für gewisse (secundäre) psychische Schwächezustände gebraucht wird, ordnet man ihm anderseits auch (bzw. lediglich primäre) Psychopathien unter, deren specifische Charaktere innige Verbindungen von Verfolgungs- und Grössenwahnvorstellungen mit adäquaten Gefühlserregungen, wechselnden Stimmungen und Affecten ausmachen, bei welchen fernerhin Urtheilstäuschungen über an sich richtig Wahrgenommenes, sodann üppiges Phantasiespiel und Sinnestäuschungen gewöhnliche Erscheinungen sind, während die Zeichen der psychischen Schwäche mehr oder weniger (oder gar nicht, Samt, Westphal) hervortreten, Paroxysmen von Verworrenheit, stupide Zustände mit relativ ruhigen Intervallen abwechseln.

Unter Schwachsinn und Blödsinn versteht man verschiedene Grade von (originären oder erworbenen) Defecten im psychischen Ver-

halten. Die mässigsten Insufficienzen der Art scheidet keine bestimmte Grenze von den typischen Phänomenen der Gesundheitsbreite ab, sie selbst hängen wieder durch zahlreiche Mittelglieder mit dem schwersten Grade der Unfähigkeit, d. h. mit fast völliger Negation psychischer Lebensäusserungen (geistige „Nullität") zusammen. Als wesentliche Bestandtheile des Symptomencomplexes Schwachsinn dürften folgende einfachere Erscheinungen zu betrachten sein: einmal unvollkommene Verarbeitung der Sinneseindrücke zu Vorstellungen, Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche, Phantasiemangel, Trägheit und Lückenhaftigkeit der Association, Armuth des Denkens im Ganzen, dabei vielleicht einseitige Erleichterungen der Apperception, des Behaltens (partielle Gedächtnissschärfe), der Reproduction und Production (kleine Leistungen des phantastischen Vorstellens § 88), partiellere Förderungen der Combination, weiterhin allgemeinere Schwäche der intellectuellen, zumal höherer ästhetischer und moralischer Gefühle, dabei aber psychische Hyperalgie (bezüglich der dürftigen Interessen der eigenen Person) und Neigung zu excessiven Unlust- wie Lustaffecten, Disposition zu Stimmungswechsel, unter Umständen Perversitäten des Fühlens, endlich Mangel an höheren geistigen Begehrungen, Interessen, Strebungen bei mehr oder weniger blinder Hingabe an die Befriedigung sinnlicher und niederer intellectueller Gelüste, im Ganzen also Mangel an Willensenergie und Selbstbeherrschung. — Die Zustände, welche unter dem Begriffe Blödsinn zusammengefasst werden, sind viel mehr durch den Ausfall wichtiger psychischer Lebenserscheinungen, als durch das Hervortreten positiver Symptome gekennzeichnet. Charakteristisch für dieselben ist zunächst, dass die Verarbeitung der Sinneseindrücke sehr mangelhaft bleibt; dieselben führen nur spärliche und undeutliche Wahrnehmungen herbei, aus denen weiterhin höchstens nur Allgemeinvorstellungen, aber keine Begriffe gebildet werden. Die Reproduction der Vorstellungen läuft nach den Gesetzen der einfachsten Verwandtschaft und nach dem Principe der associativen Gewöhnung ab: es wirken auf einander und folgen sich nur sinnliche und blasse Erinnerungsbilder. Phantasievorstellungen sind ebenso wie Schliessen, Urtheilen, also Denken in abstracten Begriffen unmöglich. Die intellectuellen Gefühle fehlen beinahe gänzlich und wenn Emotionen von solchen zu Stande kommen, so stehen sie in nächstem Zusammenhange mit sinnlichen Erregungen, indem durch somatische, d. h. von Empfindungen angeregte Wehe- und Lustgefühle, oder durch Wahrnehmungen, welche Erinnerungen an sinnlich schmerzhafte oder angenehme Zustände wecken, Gemüthsbewegungen (Trauer, Angst, Wuth — Freude) herbeigeführt werden. Entsprechend der Armuth an Vorstellungen sind die Handlungen der Blödsinnigen automatisch, instinktiv (Nahrungsaufnahme, Befriedigung der brunstartig hervortretenden sexuellen Gefühle), oder mechanische Wiederholungen gewohnter Bewegungen. — Die Wortbegriffe Schwachsinn und Blödsinn umfassen, wie erwähnt, sowohl originäre als erworbene psychische Defecte. Als primäre Schwachsinnsformen gelten der Idiotismus leichteren Grades (die Imbecillität) und der Halbcretinismus; eine erworbene Form ist die Narrheit oder Moria (Ehrhardt, Jessen, Griesinger). Primäre

Blödsinnsformen sind schwerer Idiotismus (Fatuität) und Cretinismus, erworbene dagegen die allgemeine Verrücktheit oder Verwirrtheit (Griesinger), auch aufgeregter Blödsinn genannt, und der apathische Blödsinn (vgl. den Abschnitt über Ausgänge der psychischen Störungen).

§ 123. Ganz andere Gesichtspunkte für die Classification und Diagnostik der psychischen Störungen wurden gewonnen durch die klinische Betrachtung ver einzelnen Krankheitsfälle. Einmal lehrte die Erfahrung, dass der Verlauf des Irreseins häufig etwas Specifisches hat. Man sprach daher von transitorischem, acutem und chronischem, von intermittirendem (periodischem), von circulärem (cyklischem) Irresein, von progressiver Geistesstörung. Weiterhin erkannte man, dass durch allgemeinere ätiologische Momente — wie sie gegeben sind in gewissen Perioden und Wendepunkten des Lebens, in den Existenzbedingungen — durch manche vorausgegangene und noch fortwirkende Schädlichkeiten und Krankheiten mehr oder weniger charakteristische Irreseinsformen herbeigeführt werden und bedingt sein können. So wurden denn theils allgemeiner, theils nur von einigen Forschern unterschieden: einmal Kinderpsychosen, Pubertätsirresein, Jugendirresein (Hebephrenie, d. h. Irresein nach vollendeter Pubertät, Kahlbaum-Hecker), Schwangerschafts-, Puerperal-, Lactationspsychosen, klimakterisches und seniles Irresein, Geistesstörungen der Gefangenen, der Bettler und Vagabunden (Koster), der Mystiker (Charbonnier) u. s. w. — alsdann unterschied man erbliche Geistesstörung, febrile, postfebrile (Inanitions-) Psychosen, rheumatische, toxische (alkoholische und andere) Geistesstörungen, luetische, pellagröse Irreseinsformen, traumatische Psychosen oder Psychosen nach Kopfverletzungen, masturbatorisches Irresein, neuralgische Dysphrenien, epileptische, hysterische, auch hypochondrische, choreatische Irreseinsformen u. s. w. u. s. w.

Von den typisch verlaufenden und ätiologischen Formen des Irreseins wird erst später die Rede sein (vgl. die Abschnitte über Verlauf, Dauer und über allgemeine Aetiologie).

§ 124. Die Auffindung der eben genannten Gesichtspunkte bahnte eine Abwendung von der rein symptomatisch-psychologischen Classification und Diagnostik der Geistesstörungen an, welche Abwendung in neuester Zeit durch die Versuche in der Psychopathologie die klinische Methode einzubürgern durchgesetzt und vollendet werden sollte. Nicht vom symptomatologischen Standpunkte allein, nicht von demjenigen lediglich, welcher den Verlauf der Alienation nebst be-

gleitenden körperlichen Erscheinungen ins Auge fasst, auch nicht blos nach ätiologischen Principien versucht man gegenwärtig die Störungsformen zu classificiren, sondern man bestrebt sich, Krankheitsbilder bezw. Gruppen von solchen aus der Masse von beobachteten Erscheinungscomplexen herauszuheben und abzusondern, welche eine übereinstimmende Pathogenese, identische Symptome, psychische wie somatische, ein gleicher Verlauf als typische Krankheitsbilder hinlänglich charakterisirt. Und dabei kann es selbstverständlich zunächst gar nicht auf die Bezeichnungen ankommen, welche die nach allen diesen Richtungen hin sich abgrenzenden pathologischen Einheiten erhalten. Man mag neue Namen nach Gutbefinden wählen, man mag die Bezeichnungen nach den ätiologischen Momenten formuliren, oder selbst die alten psychologischen Wortbegriffe beibehalten, wenn nur in allen Beziehungen scharf nosologisch die Krankheitsbilder sich abrunden und eindeutig der Inhalt festgestellt wird, den die Bezeichnungen haben sollen, so dass eine Vereinbarung geschaffen wird, welche eben ein wechselseitiges Verständniss in der Diagnostik möglich macht. Im Entferntesten nicht kann es unsere Aufgabe sein, die nach dieser Richtung hin angestellten Versuche, welche der allerjüngsten Zeit angehören, einer kritischen Betrachtung zu unterziehen; eine Einführung in die klinische Psychiatrie kann sich nur mit dem beschäftigen, was für die specielle Psychopathologie feststeht. Als allgemein anerkannt dürfen wir aber nur das klinische Krankheitsbild der progressiven Paralyse bezeichnen. Ueber die anderen, von einzelnen Forschern aufgestellten klinischen Krankheitsformen wird noch gestritten; es hat daher jeder Eingeweihte mit sich abzumachen, welche Stellung er zu der Lehre von der Katatonie (Kahlbaum), der Hebephrenie (Kahlbaum-Hecker), zu Schüle's Delirium acutum und der Dysphrenia neuralgica dieses Autors, zu P. Samt's epileptischen Irreseinsformen u. s. w. einnehmen will und seiner Ueberzeugung nach einnehmen darf.

§ 125. Der Versuch, die Formen psychischer Störung vom klinischen Standpunkte aus zu classificiren und nach diesem Principe Anhaltepunkte und Grundsätze für die specielle Diagnostik zu gewinnen, würde selbstverständlich nicht angestellt worden sein, wenn Aussicht vorhanden wäre, die Pathologie und Diagnostik der Psychosen auszutauschen gegen eine Pathologie und Diagnostik der diffusen, die Corticalis (allein oder mit -) betreffenden Grosshirnkrankheiten. Nur in manchen Fällen kann mit annähernder Gewissheit aus Aetiologie, Pathogenese, aus Symptomen und Verlauf des

Leidens auf die in der Hirnrinde vorhandenen Veränderungen geschlossen und z. B. Hyperämie, Anämie, aneurysmatische Entartung der Rindencapillaren (L. Meyer), Atrophie der Corticalis diagnosticirt werden. Im Allgemeinen aber entsprechen demselben Krankheitsbilde verschiedene anatomische Befunde und dieselben Veränderungen der Corticalis findet man nach Ablauf differenter Krankheitserscheinungen. Wir wissen gegenwärtig nicht, in wie weit die Aerzte künftiger Generationen, gestützt auf die Resultate genauester klinischer und pathologisch-anatomischer Studien, im Stande sein werden, aus den Erscheinungen auf den Befund und umgekehrt, wenn dieser erhoben wird, nach rückwärts auf vorausgegangene Symptome[1]) mit Gewissheit zu schliessen. Für uns steht zur Zeit nur fest, dass psychische Störung das Merkmal sei von krankhaften Processen oder pathologischen Zuständen, denen grössere Abschnitte der Grosshirnrinde oder diese Organisation im Ganzen anheimgefallen ist. Dieser Satz lautet freilich sehr allgemein, aber die Erkenntniss, welche er ausdrückt, ist von fundamentaler Bedeutung für die Theorie der psychischen Krankheiten und von sehr bestimmtem, reellem Werthe für die Praxis. Sie zerstreut die letzten Ueberbleibsel der an sich schon abgestorbenen moralistischen Auffassung und Theorie der Psychosen, sie reiht die Psychopathologie unter die klinischen Erfahrungswissenschaften ein, sie befähigt uns im öffentlichen Leben, unglückliche Kranke wenigstens vor harten Strafen zu schützen, andererseits aber zur richtigen Beurtheilung gewisser individueller Seelenverfassungen mit beizutragen.

§ 126. Generalisirende Speculationen über die psychologischen Unterschiede zwischen Irresein und Verbrechen, Sünde, Unsittlichkeit überhaupt, Leidenschaftlichkeit, Fanatismus, Aberglauben, Dummheit u. s. w., die Frage, ob Lebensüberdruss, der zu Selbstmord führt, als Geistesstörung zu betrachten sei, sind von der Tagesordnung längst verschwunden. Der ärztliche Sachverständige kann nur ermitteln und aussagen, in wie fern ethische Depravation, intellectuelle Unfähigkeit u. s. w. — welche stets aus Handlungen bezw. Unterlassungen erschlossen werden — als Theilerscheinungen von Krankheiten der Centralorgane, speciell von solchen der Grosshirnrinde aufzufassen sind. Von kurzer Hand lässt sich diese Frage im Allgemeinen keineswegs und oft auch im gegebenen Falle nicht beantworten.

Wenn auch bestimmte Handlungen und Unterlassungen äusser-

1) Dieses wäre namentlich bei Selbstmördern wichtig, insofern man je nachdem ihrer Leiche ein ehrliches Begräbniss gestatten oder verweigern würde.

lich schon auf das Vorhandensein psychischer Störung, also auf Erkrankung der Hirnrinde hinweisen — denn das Thun und Lassen hat, wie eingehender die specielle und die forensische Psychopathologie lehrt, bei gewissen Irreseinsformen etwas Specifisches, Gesetzmässiges — die einzelnen Fälle derselben Psychose bieten anderseits doch wieder erhebliche individuelle Verschiedenheiten; es ist möglich, dass wesentliche Elemente im Krankheitsbilde zeitweise zurücktreten, dass der Kranke, ähnlich dem Verbrecher, schlau und mit Vorbedacht aller Umstände handelt, Manches verheimlicht (z. B. Wahnideen), oder dass er gewisse Symptome simulirt (Selbstbeschuldigungen gemüthlich Verstimmter). Weiterhin ist die psychiatrische Formenlehre noch nicht allseitig festbegründet und abgeschlossen und es gibt Fälle von Irresein, von psychischer Entwickelungshemmung, Entartung, die sich schwierig oder gar nicht unter eines der anerkannten Schemen rubriciren lassen.

Aus psychischen Erscheinungen allein lässt sich daher, wenigstens in gewissen Fällen, nicht erschliessen, ob eine Hirnkrankheit bestehe, mithin der Geisteszustand als pathologischer aufzufassen sei. So ist es bisweilen nicht möglich, mit Gewissheit zu entscheiden, dass melancholische Verstimmung, dass Folie raisonnante vorhanden und einfach ethische Depravation ausgeschlossen sei, dass Verrücktheit und nicht Verschrobenheit, Schwachsinn und nicht Dummheit vorliege. Die genannten Irreseinsformen lassen eben noch viele ganz normale psychische Processe zu. Gerade solche Fälle führten zu den Lehren von der Flüssigkeit der Uebergänge, von einem Grenzgebiete zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit (Griesinger, Maudsley). Moreau spricht sogar von einem état mixte — une sorte de mélange de folie et raison — Liman von einem Gemisch von geistiger Gesundheit und Krankheit. Wenn es auch wahr ist, dass krankhafte Geistesstörung nur an den geistigen Erscheinungen nachgewiesen werden kann, wesshalb derartige zweifelhafte psychische Zustände vom psychologisch-diagnostischen Standpunkte aus in suspenso gelassen werden müssten, so muss doch eingeräumt werden, dass bei klinischer Analyse der Einzelfälle gewisse — das Bestehen von Hirnrindenaffectionen an sich noch nicht beweisende — psychische Lebensäusserungen im Zusammenhang mit andern Krankheitserscheinungen eine bestimmte diagnostische Bedeutung gewinnen, d. h. das Vorhandensein krankhafter Störung sehr wahrscheinlich machen. Wir wissen, dass die Grosshirnrinde sensitive, sensible und motorische Functionen hat, dass sie auf die Regulirung der Eigenwärme, indirect auch auf die Qualitäten des Pulses und auf

die Ernährung des Körpers Einfluss ausübt. Störungen dieser Functionen, welche die objective Untersuchung nachweist, werden daher für die Diagnostik der Hirnrindenerkrankungen wichtig sein. Weiterhin ist hinsichtlich der Aetiologie und Pathogenese dieser Affectionen bekannt, dass Schädeltrauma, fieberhafte Krankheiten, Insolation, viele Vergiftungen und constitutionelle Störungen schädigend auf die Corticalis wirken, dass Meningitis, Erkrankungen tiefer gelegener Hirnabschnitte (Hämorrhagie, Embolie u. s. w.) und grosse Neurosen die Hirnrinde in Mitleidenschaft ziehen können, dass Excesse, functionelle Ueberanstrengungen jeder Art und eben auch ein liederliches Leben in der Pathogenese der Erkrankungen jener höchsten Centren eine wich-Rolle spielen. Endlich lehrt die Erfahrung, dass diese Affectionen gerne progressiv verlaufen, wenn dies auch langsam geschieht und erhebliche Remissionen und selbst Intermissionen vorkommen, dass sie oft, wenn zum Stillstand gekommen, nur unvollständig heilen und die Organisation für die Dauer in einen Zustand verminderter Leistungsfähigkeit versetzen. Jeder Fall, in welchem die psychische Gesammtverfassung zweifelhaft ist, muss klinisch nach allen diesen Richtungen hin durchforscht werden; je nachdem sich Anhaltepunkte für oder gegen die Annahme einer Hirnrindenaffection aus der vita ante acta und den Resultaten der Untersuchung ergeben, wird man entscheiden, ob die psychischen Lebensäusserungen als krankhafte, d. h. von einem centralen Leiden regierte aufgefasst werden können oder nicht.

§ 127. Die Lehre von den zweifelhaften Seelenzuständen ist Bestandtheil der forensischen Psychologie. Auch davon, wie Dissimulation und Simulation von Geistesstörung erkannt werden, hat speciell die gerichtliche und nicht die allgemeine Psychopathologie zu handeln. Wichtig für die generelle Diagnostik ist aber, dass psychische Störung für längere Zeit, selbst Jahre hindurch latent bleiben kann. Dass man schon lange davon Kenntniss hat, beweist die Lehre der Amentia, Insania bezw. Melancholia, Mania occulta der älteren Schule. Dissimulation, d. h. absichtliche Verheimlichung der krankhaften psychischen Vorgänge ist oft genug, aber nicht immer, Ursache des Latentbleibens von Seelenstörungen. Namentlich anfangs, so lange die Kranken noch ihre neuen inneren Zustände zu beurtheilen vermögen, schämen sie sich bisweilen der eingetretenen Aenderung im Fühlen, Vorstellen, Begehren und suchen diese Alienationen zu verbergen. Ausgebildete Wahnideen, ja tiefe Zerrüttungen und Metamorphosen der ganzen psychischen Persönlichkeit können

deshalb latent bleiben, weil der Patient in Erfahrung gebracht hat, dass er besser thut, seine Lieblingsideen nicht zu äussern.

In anderen Fällen treten die charakteristischen Erscheinungen nur zu Zeiten hervor, während welcher der Kranke allein ist; hinterdrein, vielleicht sehr spät erst zeigen sich Documente, Spuren von Handlungen oder Unterlassungen, welche dem Sachverständigen das Vorhandengewesensein, bezw. Vorhandensein von Geistesstörung beweisen. Auch kommt es vor, dass zu Beginn der Erkrankung nur ganz unerhebliche Symptome einer Gemüthsverstimmung sich offenbaren, welche die Umgebung und selbst der Arzt mit einem äusseren Ereigniss in directen Zusammenhang bringen und für normale Reaction halten, bis durch eine intercurrente Gewaltthat, einen Excess, eine Scene u. s. w. jene Erscheinungen eine ganz andere Bedeutung gewinnen. Endlich liegt es, wie bereits früher angedeutet wurde, in der Natur mancher (seltener) Irreseinsformen, dass sie bis zu einem gewissen Grade latent bleiben müssen: Es gibt Kranke, deren Wahnideen ein für sie heiliges Geheimniss enthalten. Dieses wird nur gelegentlich einmal einer Vertrauensperson unter dem Siegel tiefster Verschwiegenheit mitgetheilt oder durch Zusammenwirken mehrerer Einflüsse dem Patienten mehr zufällig entlockt.

Was die Simulation von Seelenstörung anlangt, so ist nur ein Punkt von allgemein pathologischem Interesse. Niemand wird leugnen, dass es eine krankhafte Lust am Uebertreiben gewisser anomaler Erscheinungen, eine Freude am „Affectiren" nicht vorhandener Störungen gibt. Hysterische liefern alle Tage die Beweise dafür. E. Hecker macht wahrscheinlich, dass dergleichen auch bei der „Hebephrenie" vorkomme. Es mag aber dahin gestellt bleiben, ob, wie Jessen annimmt, alle Simulanten mehr oder weniger psychisch gestört sind.

Verlauf, Dauer, Ausgänge und allgemeine Prognostik der psychischen Störung.[1])

§ 128. Wir haben früher (§ 10 ff.) die psychischen Störungen, je nachdem sie im Allgemeinen stationär bleiben oder einen zeit-

1) Literatur: Aelteres bei Friedreich, System. Lit. der ärztl. u. gerichtl. Psychol. Berlin 1833. Nr. 715—892. — Derselbe, Allg. Pathol. d. ps. Krankh. Cap. IV. V. — Guislain, Phrenopath. Cap. I u. III Zeller in d. Uebersetz. v. Wunderlich). — Ders., Vorlesungen etc., übers. v. Lähr. S. 338 ff. — Esquirol, Geisteskrankh., deutsch v. Bernhard, I. § 3, 4; VII. — Ideler, Grundriss etc. II. S. 637. — Mayo, Elements of Path. of hum. mind. 1838. S. 148 ff. — Sinogowitz, Geistesstörungen. S. 470. — Leubuscher, Allg. Zeitschr. f. Psych. III. S. 94. —

lichen Wechsel der Symptome nach Intensität und Qualität zeigen, in zwei Gruppen getheilt, die wir psychopathische Zustände einerseits, psychopathische Processe anderseits nannten. Es wurde auch erwähnt, dass die krankhaften Zustände der Entwickelung und dem Ablaufe psychopathischer Processe entschieden Vorschub leisten und dass nach Ablauf der letzteren nicht selten pathologische Zustände zurückbleiben. Wir kommen auf diese Verhältnisse noch zurück. Vorerst müssen wir den Verlauf der Psychosen im Allgemeinen und die verschiedenen Formen, welche der Gang dieser Störungen aufweist, ins Auge fassen.

Lange Zeit hat man, wie ebenfalls bereits hervorgehoben wurde, die einzelnen symptomatisch classificirten Formen oder besser Zustände des Irreseins durchaus als Stadien eines Processes betrachtet. Man hielt für die Regel, welche nur wenige Ausnahmen gestattete, dass Depressionszustände, Hypochondrie und Melancholie — zusammengefasst als Schwermuth im weiteren Sinne — das erste, Exaltationszustände, Tobsucht und Wahnsinn — zusammengefasst als Manie — das zweite Stadium der Geistesstörung bildeten, während

Derselbe, Virchow's Arch. II. S. 61 ff. — Forbes Winslow, Med. Tim. 1845; Canst. Jahrb. 1845. Bd. III. S. 43. — Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psych. III. S. 589. — v. Feuchtersleben, Aerztl. Seelk. § 127 u. 155 ff. — Maass, Prakt. Seelenheilkunde. S. 235. — Ellinger, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. IV. S. 19. — Focke, ibid. S. 283. — Moreau, Ann. med. psychol. 1852. S. 175 ff. — Falret, Leçons etc. S. 245. — Jensen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XI. S. 616. — Albers, Memor. d. Psych. S. 51 ff. — Lislet, Un. med. 1856. No. 12; Canst. Jahrb. 1856. III. S. 3. — Hertz, Allg. Zeitschr. f. Psych. XV. S. 410. — Nasse, ibid. S. 660 u. 665. — Flemming, ibid. S. 4. — Derselbe, Psychosen. VII. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXVII. S. 257. — Morel, Traité d. mal. ment. Liv. III. Chap. III. — Wachsmuth, Allg. Pathol. d. Seele. § 33, 34, 38, 87 ff. — Dagonet, Traité él. et prat. d. mal. ment. Chap. III. — Kahlbaum, Gruppirung d. psych. Krankh. u. s. w. Danzig 1863. — Derselbe, Klin. Abh. über Geisterkr. I. S. III. ff. 24 ff. — A. Erlenmeyer, Allg. Zeitschr. f. Psych. XIX. S. 628. — Griesinger, Pathol. u. Ther. d. psych. Krankh. Buch V. Abschn. I. — Wolff, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXVI. S. 273 ff. — Maudsley, Phys. u. Path. der Seele, deutsch von Böhm. II. Cap. VI. — Ray, Amer. Journ. of ment. sc. 1870. Oct. — v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXVI. S. 438. — Derselbe, Irrenfreund. 1871. S. 33 ff. — E. Hecker, Virch. Arch. Bd. LII. S. 203 ff. — Derselbe, Samml. klin. Vortr. v. Volkmann. Nr. 108. — Buckwill u. Tucke, Psych. Med. III. Ed. p. 114 ff. — Sury-Bienz, Schweiz. Corr.-Bl. 1875. Nr. 22—24. — Frese, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXII. S. 475. — Witkowski, Berl. kl. Wochenschr. 1876. Nr. 52. — Fielding-Blandfort, Die Seelenstörung u. ihre Behandlung, deutsch v. Kornfeld. Berlin 1878. Vorls. 16. — Die Schriften über solche Psychosen, die durch einen bestimmten Verlauf gekennzeichnet und dementsprechend benannt sind (periodische, circuläre, progressive u. s. w. Formen), gehören eher zur Literatur der spec. Psychopathologie.

Verrücktheit und Blödsinn als psychische Schwächezustände die Ausgänge dieses Processes darstellten. Jede Tobsucht (sofern sie nicht senile, periodische oder Meningitis begleitende war), jeder Wahnsinn sollte sich aus einer, wenn auch kurz dauernden Melancholie entwickelt haben, jeder Verrückte und jedes nicht originär blödsinnige oder ganz rasch (in Folge von Gehirnkrankheit, Strangulationsversuch, Wochenbett u. s. w.) blödsinnig gewordene Individuum sollte vorher zuerst deprimirt, dann exaltirt gewesen sein. Dementsprechend unterschied man — und dies geschieht im Allgemeinen auch heute noch — im Hinblick auf den Verlauf primäre (heilbare) Psychosen, Melancholie und Manie, und secundäre (insanable) Geistesstörungen: Verrücktheit und Blödsinn. Die Annahme, dass dieses Gesetz Allgemeingültigkeit habe, musste fallen, als man erkannte, dass die Tobsucht doch gar nicht so selten des melancholischen Vorstadium entbehre und dass die Verrücktheit ebenso primär entstehen könne, wie der Blödsinn, dessen häufiges Zustandekommen ohne weitere Depression oder Exaltation trotz jener Ansicht von dem inneren Zusammenhang der einzelnen Irreseinsformen völlig feststand. Freilich lässt sich nicht leugnen, dass in vielen Fällen eben doch die Manie aus Melancholie sich entwickelt und sowohl derjenige Zustand, welcher ehedem allein unter Verrücktheit verstanden wurde, als auch der Blödsinn (inclusive Verwirrtheit) aus Depressions- und Exaltationszuständen hervorgehen; einige Autoren der jüngsten Zeit halten daher an der älteren Lehre fest und sprechen nach wie vor von den Stadien einer Krankheit, erklären auch die Verrücktheit noch als secundäre Störung (Kahlbaum, v. Krafft-Ebing, Leidesdorf, Pelman), andere behaupten, dass Manie „in der Regel nicht aus Melancholie sich entwickele“, dass Verrücktheit immer primär sei (allerdings aus Hypochondrie hervorgehe; Samt, Westphal). Näher kann hier auf diese Frage nicht eingegangen werden, welche für die specielle Pathologie der Psychosen eine principielle, für die allgemeine nur eine nebensächliche ist. Der Zukunft bleibt es überlassen, nach dieser Richtung hin Gewissheit und Uebereinstimmung der Fachleute zu begründen.

§ 129. Es gibt Psychosen, welche einen regelmässigen über Tage, Wochen und Monate sich erstreckenden und bestimmte Perioden einhaltenden Verlauf haben. Dies sind die periodischen, intermittirenden (einschliesslich der circulären) Irreseinsformen, von denen bald die Rede sein wird. Andere Seelenstörungen verlaufen nur annähernd regelmässig. Die einzelnen, ihrem Verlaufe eigen-

thümlichen Zustände, die Perioden dauern verschiedene Zeit, oder es fehlt eine oder die andere Phase des Verlaufes. Dies ist z. B. bei den progressiven Irreseinsformen, bei Kahlbaum's Katatonie der Fall. Endlich verlaufen manche Psychosen unregelmässig mit irregulärem Wechsel verschiedener Zustände, mit irregulären Intermissionen, Remissionen und Exacerbationen (erbliche, hereditär-degenerative, hysterische, epileptische, postfebrile, traumatische Irreseinsformen u. s. w.).

§ 130. Der Beginn der psychischen Störungen ist entweder plötzlich oder allmählich. Im ersteren Falle entwickelt sich binnen sehr kurzer Zeit bei einem bis dahin als gesund zu erachtenden oder doch im Allgemeinen gesund erscheinenden Individuum ein Complex schwerer Symptome: hochgradiger Seelenschmerz oder heitere Ekstase, beide eventuell mit Stupor, complete Verworrenheit, allgemeines Delirium oder eine ganz bestimmte Wahnform, energische Zwangsvorstellungen, impulsives Irresein, primär blödsinniger Zustand u. s. w. Die meisten transitorischen Geistesstörungen (zumal die febrilen und postfebrilen Psychosen, pathologischer Rausch, Irresein der Gebärenden und Neuentbundenen u. s. w.) zeichnen sich durch derartigen Beginn aus, sodann setzen öfter die Alienationen, welche sich als protrahirte an heftige Gemüthsbewegungen (Schreck etc.), Schädeltrauma, Strangulationsversuche, gewisse Vergiftungen (Kohlenoxyd) u. s. w. anschliessen, plötzlich ein.

Im zweiten Falle bei allmählichem Beginn der psychischen Störungen bemerkt man abgeänderte Lebenserscheinungen, welche noch keinen bestimmten Schluss auf die symptomatische Natur der anhebenden Alteration zulassen. Dies ist die Periode der Prodrome (oder fälschlich der „Incubation“ Foville u. A.), als welche eine Zeitlang und noch jetzt jene nicht selten den psychischen Störungen vorangehende Initialmelancholie (bezw. Hypochondrie) bezeichnet worden ist. Man kann es eigentlich nicht Hypochondrie oder Melancholie nennen, wenn das — schon jetzt als psychisch krank zu erachtende Individuum, den veränderten Ablauf seiner psychischen Vorgänge erkennend, schmerzlich gestimmt wird, das Herannahen einer schweren Alteration seiner seelischen Processe richtig vermuthend, sich mit diesem quälenden Gedanken dauernd beschäftigt, der ja fast fortwährend durch die Erkenntniss, dass die psychischen Vorgänge dermalen anders ablaufen als früher, genährt und immermehr, je häufiger er wiederkehrt, assimilirt wird. Die Elementarerscheinungen, aus welchen diese auf Gefühle und Stimmungen, auf Vorstellungsverlauf und

Strebungen zurückwirkende Idee hervorgeht, sind einmal gewisse Umänderungen im Fühlen (§ 56), sodann Gedächtnissschwäche, Defecte in der Gedankenfolge bei Vorwiegen gewisser heterogener Vorstellungen, Willensschwäche bei verschiedenartigen als unnatürlich erkannten Impulsen und die aus allen diesen inneren Vorgängen und dem Ausbleiben von solchen entstehende psychische Dysästhesie.

Diesen öfter vorhandenen subjectiven Prodromalerscheinungen entsprechen objectiv erkenntliche Symptome einerseits vollkommen: Der Kranke ist wirklich in seinem Verhalten, was Gefühle, Vorstellungen und Strebungen anlangt, anders geworden und zwar ganz so, wie er selber angibt. Anderseits bemerkt man, dass er — und dies entgeht ihm oft — jetzt mürrisch, blöde, dabei aber reizbarer, impressionabler ist als früher; Kleinigkeiten, Zufälligkeiten, die er ehedem nicht beachtete, geniren ihn, bringen ihn auf oder wirken sonst irgendwie auf ihn, indessen andere psychische Reize, auf die er sonst entschieden, vielleicht energisch reagirte, gar keine Effecte haben. Nicht selten zeigt sich unmotivirter Stimmungswechsel. In andern Fällen wieder verräth der Kranke innere Unruhe mit Leichtfertigkeit, unverhältnissmässig gute Laune. Er wird auf Erinnerungs- und Gedächtnisschwäche ertappt, der Vorstellungsverlauf ist manchmal lückenhaft, precäre Ideen, ganz falsche Auffassungen und Urtheile kommen zeitweise (bei Aufregungen, leichter Alkoholwirkung u. s. w.) dazwischen, bisweilen laufen Illusionen, auch Hallucinationen unter; alle Erscheinungen sind noch erheblichen Remissionen, selbst Intermissionen unterworfen, aber dieselben sind kurz und kleine Anlässe genügen, um das krankhafte Verhalten wieder herzustellen. Hierzu kommen oft Appetitsstörungen (Anorexie, Pseudorexie, Steigerung des Appetits, Gelüste nach Genussmitteln, auch Neigung zum Trunk), Anomalien der sexuellen Begehrlichkeit, schlechter Schlaf oder Agrypnie, seltener und für kurze Dauer soporöse, selbst komatöse und apoplektiforme Anfälle. Verschiedenartige Neuralgien, Hyperästhesien, allerhand Sensationen (Frösteln und Hitzegefühle, Beklemmungen, Palpitationen u. s. w.), Tremor, ataktische Bewegungen, Spasmen und Zuckungen einzelner Muskelgruppen, gesteigerte Reflexreizbarkeit sind weitere in manchen Fällen vorhandene Prodromalerscheinungen. Die allgemeine Ernährung leidet in der Regel Noth, es stellt sich Abmagerung und Blässe ein, viel seltener bemerkt man zunehmende Corpulenz.

§ 131. In manchen Fällen ist man wirklich berechtigt, von einem Stadium invasionis nach vorausgegangenen Prodromen

zu sprechen. Es kommt vor, dass nach einer bestimmten somatischen oder psychischen Schädlichkeit die Symptome ziemlich rasch sich steigern und neue hinzutreten, so dass binnen Kurzem eine ausgesprochene psychische Störung mit energischen, sogar flagranten Erscheinungen ausgebildet vorliegt. Häufig erscheint diese Periode des Verlaufes so kurz, dass von einem eigentlichen Stadium der Krankheit, wie es doch dasjenige der Invasion sein soll, nicht die Rede sein kann. Andere Male wieder nimmt die Intensität der Krankheitserscheinungen ganz langsam zu; allmählich ohne bestimmte Grenze gehen Prodromalperiode und Stadium der Höhe in einander über. Dieser Abschnitt des Verlaufes ist für die einzelnen Fälle psychischer Störung so verschieden, dass ein Versuch, den Gang der Ereignisse vom allgemeinen Standpunkte aus zu betrachten, unmöglich erscheint. Wir würden überall auf ganz specielle Verhältnisse einzugehen haben.

Ein Stadium der Höhe (Stad. acmes) lässt sich vorzugsweise bei den transitorischen und acuten Psychosen und bei den Anfällen periodischer Geistesstörungen erkennen. Die Krankheitserscheinungen sind alle voll entwickelt, sie halten continuirlich oder mit nur geringen Remissionen und Exacerbationen an. Psychosen von mehr protrahirtem Verlaufe und die ganz chronischen Geistesstörungen verharren sehr lange Zeit auf dem nämlichen Status, können auch erhebliche, länger dauernde Schwankungen bis beinahe zur Intermission zeigen, so dass von einem eigentlichen Stadium acmes nicht wohl die Rede sein kann.

Ein Stadium der Abnahme (Stad. decrementi) wird selbstverständlich nur bei heilbaren Psychosen beobachtet. Verschwinden die Symptome alle binnen kurzer, nach Stunden gemessener Zeit, so spricht man von Krise der Geistesstörung, von Lyse dagegen, wenn das Stadium der Abnahme eine Reihe von Tagen in Anspruch nimmt. Auf diese Verhältnisse werden wir bei Betrachtung der Ausgänge psychischer Störungen zurückkommen.

Kahlbaum bezeichnet in seiner letzten Arbeit (Katatonie S. 25) die Melancholie als Stadium incrementi (evolutionis), die Manie als Stadium acmes, die Verwirrtheit als Stadium decrementi, den Blödsinn als Stadium defectus, treu den Ansichten, die er 11 Jahre vorher (Gruppirung der psychischen Krankheiten u. s. w. S. 135) ausgesprochen, indem er damals als Vesania typica die in 4 Stadien — St. melancholiae (incrementi), St. maniae (acmes), St. perturbationis (decrementi), St. dementiae (defectus) — verlaufende Psychose hinstellte.

§ 132. Der Verlauf der Psychosen ist im Ganzen entweder continuirlich oder remittirend oder intermittirend. Wie

bei allen anderen Störungen, so ist auch bei diesen leicht zu erkennen, dass jene Wortbegriffe nicht im strengsten Sinne gelten. Wenn sich auch continuirlich und intermittirend wechselseitig ausschliessen, so lässt sich doch der Unterschied zwischen continuirlichem und remittirendem Verlaufe ebenso wenig ganz exact feststellen, wie zwischen remittirendem und intermittirendem Decurse des Leidens. Man kann also nur von einem mehr continuirlichen Verlaufe der psychischen Störungen reden.

Remissionen und Exacerbationen sind im Verlaufe fast aller psychischen Störungen zu constatiren. Sie fehlen selbst bei den stationären Schwächezuständen (Schwach- und Blödsinn) und bei ganz acuten, gleich mit sehr energischen Symptomen einsetzenden und mit solchen verlaufenden Psychosen (Delirium acutum, acuter Stupor) nicht völlig. Etwas ganz Gewöhnliches sind verschiedengradige Nachlässe und Steigerungen in den Erscheinungen bei Psychosen von mehr oder weniger protrahirtem Verlaufe. Bald sind die Intensitätsschwankungen typisch, so dass um gewisse Tageszeiten, bei periodisch eintretenden Veränderungen des körperlichen Zustandes (Nahrungsaufnahme, Erwachen, Eintritt der Menstruation u. s. w.) sich Remissionen oder Exacerbationen zeigen, bald sind sie unregelmässig und an zufällige psychische und somatische Einflüsse (Aufregungen, Alkoholwirkung u. s. w.) gebunden oder von unbekannten Factoren abhängig.

An die Remissionen schliessen sich die Intermissionen der psychischen Störungen an. Diese kommen nur bei den Psychosen vor, welche nicht als Schwächezustände im engeren Sinne zu bezeichnen sind. Wenn dieselben der Dauer nach ganz erheblich gegen die Zeiten des Gestörtseins zurücktreten, so heissen sie lucida intervalla (lichte Zwischenräume, ruhige, helle Augenblicke oder Zwischenzeiten). Wenn umgekehrt die psychische Störung nur einzelne Anfälle macht, und längere Zeiten, während welcher das Individuum normal erscheint, dazwischen liegen, so nennt man das Irresein periodisch.

Es ist a priori nicht in Abrede zu stellen, dass wirklich lucida intervalla im strengsten Sinne des Wortes vorkommen können, d. h. dass für einige Zeit das Irresein ganz aufhöre. Meistens handelt es sich wohl nur um bedeutendere Remissionen, während welcher die auffälligsten Symptome fehlen oder doch nicht geäussert, vielleicht dissimulirt werden.

Das periodische Irresein kann unter sehr verschiedenen Formen auftreten, so als Melancholie, als Manie, als hallucinatorisches, impulsives Irresein (Dipsomanie, Stehlsucht, Mord- und Selbstmord-

manie u. s. w.), auch Hydrophobie, vielleicht als Verrücktheit (im Sinne Westphal's), aber auch als acute Verworrenheit, als kindischer Zustand (wie beim doppelten Bewusstsein § 67), als Bewusstseinsumnebelung (Somnambulismus), als acuter Stupor. In der Regel beginnt der periodisch wiederkehrende, in den wesentlichen Merkmalen oder selbst bis ins Detail dem vorausgegangenen gleichende Anfall rasch und ohne Vorläufer, — so bei der periodischen Melancholie und Manie — oder es gehen nervöse und psychische Prodrome vorher — wie bei manchen impulsiven Formen, Dipsomanie, den Zuständen doppelten Bewusstseins u. s. w. Die Dauer der Attaquen kann wenige Stunden bis Wochen und Monate betragen. Die zwischenliegenden freien Zeiten, während welcher absolutes Normalverhalten wohl nur selten beobachtet wird, sind entweder verschieden oder gleich lang. Ist das letztere der Fall, so spricht man von typischem Irresein. Klinisch betrachtet erscheint das periodische Irresein als ein Symptomencomplex, durch welchen sich erbliche Belastung und Degeneration der Centralorgane zu erkennen geben.

Rhythmisch oder typisch mit stets gleichen Zwischenzeiten verlaufen das menstruelle Irresein belasteter Mädchen und Frauen und die psychopathischen Larven der Malariainfection, welche den typischen Neuralgien, der typischen Schlafsucht oder Schlaflosigkeit u. s. w. äquivalent sind.

Eine wichtige Modification des periodischen Verlaufes der Geistesstörung ist der sogenannte circuläre oder cyklische. Die einzelnen durch Intermissionen getrennten Anfälle bestehen entweder in unmittelbar sich folgenden gegensätzlichen Zuständen (Manie-Melancholie, bezw. umgekehrt) oder es fällt zwischen jede Phase des psychopathischen Processes eine Intermission und der Kranke ist eine Zeitlang melancholisch, dann frei, wird darauf maniakalisch, dann abermals frei; darauf folgt wiederum ein melancholischer Anfall u. s. w.

Dem entsprechend hat man zwei Formen des circulären Irrreseins zu unterscheiden, je nachdem die Intermission zwischen jede Zustandsform oder hinter einen Cyclus von je zweien fällt[1]). Weiterhin ist es wichtig, welcher Zustand, ob der melancholische oder der maniakalische, den Anfang macht bei den Cirkeln der ersten Form, welcher von beiden der initiale war bei der zweiten Art des Verlaufes. Der Beginn mit Depression scheint der häufigere zu sein. Der Gang der Krankheit zeigt in den einzelnen Fällen mancherlei Verschiedenheiten. Wo keine Intervalle die Depressions- und Exaltationszustände trennen, geht der eine bald allmählich in den andern über, so dass sich beide Zustände für einige Zeit zu mischen scheinen, bald erfolgt der Wechsel so rasch, dass ein bis dahin maniakalisches Individuum über Nacht in Stupor verfällt. In manchen Fällen ist die maniakalische

1) Intermittirende folie à formes alternes (Baillarger) und intermittirende folie à double forme (Falret).

Exaltation nur leicht, ähnlich der sog. Folie raisonnante, in anderen wieder herrscht bedeutende Aufregung und complete Haltlosigkeit. Im schwermüthigen Stadium ist entweder tief schmerzliche Verstimmung und hochgradige Angst und damit Stupor vorhanden, oder es entwickelt sich agitirte Melancholie oder Melancholie mit Wahnvorstellungen. Diese letzteren sind indessen, ebenso wie Hallucinationen, selten bei dieser Krankheitsform. Hinsichtlich der Dauer der einzelnen Stadien gilt im Allgemeinen, dass die melancholische Periode am längsten, die Intermission am kürzesten ist.

§ 133. Liegt es wie eben bei den circulären Irreseinsformen im Wesen der Störung, dass dieselbe nach wirklichen oder scheinbaren Intermissionen wieder auf ein früheres Stadium zurückkehrt, so kann man vom allgemein pathologischen Standpunkte aus die Erscheinung Relaps nennen, mithin von relabirenden oder recurrirenden Irreseinsformen sprechen, zu welchen selbstverständlich auch diejenigen periodischen Geistesstörungen gehören, deren Intervalle nicht deutlich frei, aber durch andere Symptome als die Attaquen selbst ausgezeichnet sind. Weiterhin kommt es vor, dass, wie später noch zu erwähnen ist, vor der Genesung oder beim weiteren Fortgange in manchen Fällen von Irresein eine sogenannte Reaction erfolgt, indem ein anderer Zustand (Aufregung oder Stupor, heitere oder traurige Verstimmung, Verworrenheit) wiederkehrt, der im Verlaufe der Erkrankung schon einmal beobachtet wurde. So ist es bei den regulatorischen Psychosen (Dittmar), bei der Hebephrenie von Kahlbaum-Hecker, bei Kahlbaum's Katatonie.

Als Recidiv bezeichnet man dagegen die nicht im Wesen der Krankheit liegende Wiederkehr des Irreseins überhaupt. Die Form kann die nämliche oder eine andere sein, der Zeitraum von psychischer Gesundheit, der zwischen der ersten Attaque und der zweiten liegt, kann Wochen, viele Monate, oder selbst einige Jahre betragen, man spricht dennoch bei dieser Art von Krankheiten von Recidiven oder Rückfällen. Als Prototyp für das recidivirende Irresein darf die alkoholische Geistesstörung betrachtet werden, welcher sich noch zahlreiche andere ätiologische Irreseinsformen anreihen (febrile und postfebrile, puerperale Psychosen, postepileptische Geistesstörung u. s. w. u. s. w.). Welche Bedeutung diese Recidive haben, ist klar. Mit Beseitigung der Ursache hörte das Irresein auf, beginnt aber die Schädlichkeit wieder einzuwirken, so bricht eine neue Attaque los.

§ 134. Wie auch der zeitliche Verlauf sich gestalte, ob er mehr continuirlich, remittirend, intermittirend sei — eine Uebersicht des Ganzen ergibt zweierlei Resultate. Entweder bleibt die Störung für

sehr lange Zeit auf dem gleichen Grade; dies ist bisweilen bei den ganz chronischen als constitutionell (v. Krafft-Ebing) bezeichneten leicht melancholischen Zuständen zumal weiblicher Individuen, der Fall, sodann manchmal bei den chronischen Formen leichter maniakalischer Exaltation (Folie raisonnante), bei manchen Formen von Verrücktheit, endlich bei vielen primären und secundären Schwächezuständen. Oder es zeigt sich, dass stetig bei mehr continuirlichem Verlaufe, schubweise bei remittirendem, bezw. intermittirendem Gange des Leidens mit jeder Exacerbation, mit jeder Attaque die Schwere der Störung zunimmt, die Remissionen unbedeutender, die Intermissionen immer unreiner werden. Ein solcher als progressiv zu bezeichnender Verlauf ist einer Anzahl psychischer Störungsformen eigenthümlich. Bald bemerkt man schon nach relativ kurzer Beobachtung, bald aber erst im Verlaufe von Jahren und Jahrzehnten das Fortschreiten der Alienation.

So nimmt bei manchen psychopathischen Zuständen, sie mögen originäre oder erworbene sein, die Imbecillität langsam innerhalb grösserer Zeitabschnitte zu (woraus sich ergibt, dass ein stricter Gegensatz zwischen krankhaftem Zustand und Process nicht besteht), aus dem Schwachsinn wird wirklich Demenz, mässiger Blödsinn geht nach und nach in psychische Nullität über (s. unten Ausgänge). Nach langem Bestand von melancholischer Verstimmung oder maniakalischer Exaltation kommt es zu „depressiver oder exaltirter Verrücktheit“, zu (erworbenem) Schwach- und Blödsinn. Mögen auch zwischen die ersten Paroxysmen des periodischen, in die Cyklen des circulären Irreseins vollkommen freie Zeiten gefallen sein, früher oder später bleibt doch in den Intervallen habituelle Gemüthsreizbarkeit zurück und es stellt sich leichte Demenz ein, welche stetig immer mehr zunimmt.

Es darf auch heute noch als Regel betrachtet werden, dass in einer Anzahl von Irreseinsfällen Melancholie den Anfang macht, dann ein Stadium der Manie und schliesslich psychische Schwächezustände folgen, deren Endglied der Blödsinn ausmacht. Wird also die Störung in den ersten Phasen ihres Verlaufes nicht durch Genesung unterbrochen, so bleibt dieselbe auch, nachdem sie unheilbar geworden, nicht auf demselben Niveau stehen, sondern schreitet noch langsamer oder schneller bis zum terminalen Blödsinn fort. Ein solcher Verlauf kommt auch gewissen Fällen derjenigen Krankheit zu, welche Kahlbaum als Katatonie bezeichnet und beschrieben hat[1]).

1) Klin. Abhdlgn. üb. psych. Krankh. I. Heft: Die Katatonie. Berlin 1874.

„Die Katatonie, sagt er selbst, ist eine Gehirnkrankheit mit cyklisch wechselndem Verlaufe, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verrücktheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesammtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen."

Progressiv ist weiterhin der Verlauf bei der Hebephrenie (Kahlbaum-Hecker), beim senilen Irresein, öfter bei den durch sexuelle Excesse (Masturbation), durch Alkoholvergiftung herbeigeführten und unterhaltenen Psychosen, bei manchen postfebrilen, puerperalen, epileptischen Seelenstörungen. Wir werden diese ätiologischen Irreseinsformen später noch zu betrachten haben.

Endlich gibt es Psychosen, welche eben wegen ihres fortschreitenden Verlaufes in dem Wortbegriffe progressive Geistesstörung schlechthin zusammengefasst werden.

Die progressive Geistesstörung sensu strictiori (Dementia paralytica, Paralysis progrediens, paralytischer Wahnsinn, progressive Paralyse der Geisteskranken) beginnt in manchen Fällen mit deutlich hypochondrisch-melancholischer Verstimmung, in anderen bemerkt man anfangs nur gesteigerte psychische Reizbarkeit und Impressionabilität (Hyperalgie). Dann folgt ein Stadium heiterer Aufregung mit höchster Euphorie, Unruhe, Bewegungsdrang, Projectenmacherei und abundanten Grössenideen. Frühzeitig schon zeigen sich Symptome von geistiger Insufficienz, die sich in leise beginnender, immer mehr hervortretender Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche, Oberflächlichkeit der Vorstellungsassociation, in Faselei, in erheblichen Urtheilsfehlern über die einfachsten Verhältnisse zu erkennen geben. Verrieth sich vielleicht schon in der Prodromalperiode diese psychische Schwäche in sehr albernen hypochondrisch-melancholischen Vorstellungen, später tritt sie deutlich hervor in den ganz unsinnigen Projecten, kopflosen Unternehmungen und Plänen der Kranken, klar zu Tage liegt sie aber in dem bald folgenden Grössendelirium: die einzelnen Wahnideen sind plump, ungeheuerlich, zudem lassen sie sich leicht wegdisputiren und durch andere verdrängen: „Die Dementia der Kranken gestattet den Wahnideen nicht mehr, sich zu fixiren." Die Schwäche der intellectuellen Gefühle gibt sich wohl anfangs schon, später immer deutlicher als ästhetische Analgie (Nachlässigkeit im Aeussern, Unordnung, Unsauberkeit der Umgebung, besonders auch der Ausfertigungen), sodann als gemüthliche Analgie, besonders aber als moralische Analgie zu erkennen. Das Wohl und Wehe dessen, was dem Kranken sonst lieb und theuer war, kümmert ihn jetzt nicht mehr, er begeht fast continuirlich ohne Scham und Gewissenserregung nach allen Richtungen hin die gröbsten Verstösse gegen Takt und Sittlichkeit, welchen die

Steigerung der sexuellen Begehrlichkeit, Trunksucht, die psychische Reizbarkeit bei intellectueller Schwäche Vorschub leisten.

Schon von vorn herein oder doch bald nach dem Beginne bemerkt man motorische, sensibele und sensitive Innervationsstörungen: leise beginnende, immer mehr zunehmende Anarthrie, Beben der unteren Gesichtsmusculatur, Ungleichheit der Pupillen, leichte Ataxie der Unterextremitäten, später auch der Hände, weiterhin Amblyopie und andere Sinnesanomalien, Hyperästhesien, Anästhesien, Neuralgien u. s. w., Innervationsstörungen visceraler Organe, zumal der Gefässapparate, secretorische und trophische Störungen, Anomalien der allgemeinen Ernährung (Abmagerung, Fettleibigkeit). Häufig intercurriren im Verlaufe Exacerbationen einzelner oder aller Symptome, sodann apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle, heftige Tobparoxysmen, nach welchen Lähmungserscheinungen zurückbleiben können, indessen mit denselben die Demenz einen deutlichen Fortschritt gemacht hat. Anderseits kommen erhebliche Remissionen und Unterbrechungen des Processes für Wochen und eine Reihe von Monaten vor. Früher oder später aber, manchmal ganz continuirlich, schreitet das Leiden fort bis zur völlig blödsinnigen Verworrenheit, in welcher wohl noch als Ueberbleibsel der maniakalischen Periode einzelne Grössenideen hervortreten; Ataxie und Parese, Sprachstörungen haben jetzt den höchsten Grad erreicht, es bestehen oft bedeutende Anästhesien und Analgien, weiterhin Incontinenz der Blase und des Darmes, die allgemeine Ernährung ist tief gesunken, auf der Haut entwickelt sich Decubitus.

Auch diejenigen Seelenstörungen, welche man als psychische Entartungen bezeichnet, haben einen progressiven Verlauf. Insofern die Entartung stets einen congenitalen oder erworbenen krankhaften Zustand der Centralorgane voraussetzt, in Folge dessen der Entwickelungsprocess derselben ein pathologischer wird, fällt sie a priori unter den Begriff der ätiologischen Irreseinsformen (vgl. allgemeine Aetiologie).

§ 135. Im Verlaufe der Psychosen werden ausser den früher (§ 23–30) erwähnten nervösen, vasomotorischen, trophischen, secretorischen Störungen die durch physikalische und chemische Untersuchung ausgemittelt werden, noch andere Anomalien und mehr selbständige complicirende Krankheitsprocesse beobachtet. Concomitirende Störungen, bezw. Complicationen, welche mit einiger Häufigkeit bei Psychosen vorgekommen, sind von Seiten der Lunge Tuberkulose und Gangrän, Schluckpneumonie, im Verdauungstractus Salivation, Dyspepsie, Magenkatarrh, Koprostase, Helminthiasis (bei Koprophagen), von Seiten des uropoetischen Systems Blasenkatarrh mit seinen Folgen, vom Genitalapparat Priapismus, Impotenz, Cessiren der Menses, Blennorrhoe, von Seiten der Haut Schlaffheit (daher

das ältere Aussehen), Pityriasis, Decubitus, Veränderung des Haar- und Nagelwachsthums, endlich noch Knochenbrüchigkeit und Ohrblutgeschwulst (Othämatom).

§ 136. Die Dauer der psychischen Störungen schwankt in namhaften Breiten. Es gibt Psychosen, welche nur wenige Secunden, Minuten anhalten und solche, die das ganze Leben über bis ins hohe Alter bestehen. Diese Extreme sind gegeben in den ganz kurzen Absencen, Bewusstseinsumnebelungen, Zwangsvorstellungen (abortive Verrücktheit, Westphal), Zuständen von Verworrenheit, Delirium einerseits, in den stationären psychischen Schwächezuständen anderseits.

Allgemein pflegt man acute und chronische Geistesstörungen zu unterscheiden [1]), dabei aber den Begriff der Acuität etwas weiter zu fassen, als er von Alters her in der allgemeinen Pathologie gebraucht wird. Während gewöhnlich Krankheiten acute genannt werden, die eine Dauer bis zu 4, höchstens 6 Wochen haben, bezeichnet man Psychosen, die mehrere Monate dauern, noch als acute Geistesstörungen. Hagen geht sogar noch viel weiter: „Eine Krankheit, meint er, welche nach einer Gesammtdauer von nicht länger als zwei bis drei Jahren mit Genesung oder mit Tod endigt, ist bei den Psychosen sicher zu den acuten zu rechnen [2]).

Schüle [3]) hat vorgeschlagen, unter der Bezeichnung Delirium acutum gewisse — die acute Meningo-Encephalitis, auch Pneumonie, Pleuritis, Abdominaltyphoid begleitende, im Verlaufe von chronischen Hirnaffectionen, Alkoholismus, Hysterie u. s. w. auftretende — Psychopathien zusammenzufassen, welche in 1–2 Wochen unter täuschenden Remissionen in der Regel perniciös ablaufen und klinisch durch folgende Erscheinungen gekennzeichnet sind: hochgradige Alteration des Bewusstseins, eigenthümliche, entweder maniakalische oder melancholische (agitirte oder mehr stupide) Deliriumsformen, Störungen der mimischen Innervation (Grimassen), weiterhin Anomalien in der Gestaltung vom Willen direct beherrschter Muskelgruppen, gesteigerte Reflexerregbarkeit, Ataxien, Contracturen umschriebener Muskelgebiete, allgemeine und partielle Convulsionen, endlich rascher Kräfteverfall bei meist bedeutender Fieberbewegung.

1) Mit einziger Ausnahme von Guislain.

2) Hagen, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten. Erlangen 1876. S. 47. Vgl. contra: Meynert, Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung der klinischen Psychiatrie. Wien 1876. S. 36 und Witkowski, Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 50.

3) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIV. S. 316; XXV. S. 162.

Lediglich wegen der kurzen Dauer pflegt man gewisse Psychosen unter dem Begriffe transitorisches Irresein (transitorische Störungen des Selbstbewusstseins, v. Krafft-Ebing) als eine Untergruppe der acuten Seelenstörungen zu bezeichnen. Sie dauern 20 Minuten bis eine Reihe von Stunden.

Es sind meist ätiologische Formen: pathologische Schlaf- und Traumzustände, Intoxicationspsychosen (pathologischer Rausch u. s. w.), Fieberdelirium, Irresein im Stadium decrementi fieberhafter Affection, epileptische, hysterische, neuralgische Dysthymien, pathologischer Affect, Psychosen während Gebäractes, unmittelbar nach demselben; aber man unterscheidet auch psychologisch-symptomatisch eine Mania und Melancholia transitoria. Die Mania transitoria (M. subita, acutissima, brevis, ephemera, Furor transitorius) dauert 20 Minuten bis 6 Stunden, beginnt plötzlich ohne melancholische Prodromalsymptome, befällt Individuen (meist männlichen Geschlechts), welche vorher und nachher psychisch ganz gesund sind; es besteht complete Aufhebung des Selbstbewusstseins während des Paroxysmus, der in Form eines heftigen Wuthanfalls (Furor), eines acuten Deliriums mit massenhaften Hallucinationen und Illusionen oder allgemeiner Verworrenheit, stets mit Aufhebung der Apperception äusserer Eindrücke verläuft und mit einem Stadium des Schlafes endigt; beim Erwachen zeigt sich, dass der Betreffende keine Erinnerung für die Periode des Anfalls hat (v. Krafft-Ebing). Da der Inhalt des Deliriums vorzugsweise ein depressiver, schreckhafter ist und nur selten einmal maniakalische Stimmungslage mit Ideenflucht beobachtet wird, eignet die Bezeichnung „Manie“ sich nicht recht für diese Psychose. Die heftige motorische Erregung und der maasslose Bewegungsdrang allein rechtfertigen natürlich eine solche Benennung noch nicht. Auf viele Fälle passt besser die Bezeichnung — Melancholia transitoria. Mit diesem Wortbegriffe, dem Raptus melancholicus synonym ist, deckt man aber speciell gewisse Psychosen, die sich klinisch kennzeichnen durch äusserst kurzen, ab und zu mit (ebenfalls melancholischen) Prodromalsymptomen, beginnenden Verlauf, während welches heftigste Angst mit entsprechenden körperlichen Rückwirkungen, mit Schwinden des Bewusstseins bis zu temporärer Unterdrückung des Selbstbewusstseins, Abschwächung, bezw. Aufhebung der Apperception vorhanden sind. In diesem Zustande können Sinnesdelirien und (dämonomanische oder Verfolgungs-) Wahnideen auftreten, es werden explosive Gewaltthaten an der eigenen Person, an Anderen oder leblosen Gegenständen (Selbstmord, Verstümmelung, Mord, Zerstörung u. s. w.) ausgeführt (§ 111). Bisweilen sind die Kranken durch diese Entladung unmittelbar nach der That erleichtert, behaglich, ruhig, heiter, bald darauf aber wieder zu sich gekommen entsetzt, ja so verzweifelt, dass sie Hand an sich legen. Die Rückerinnerung an die Zeit der Attaque ist summarisch oder fehlt complet.

Chronische Psychosen sind solche, die eine längere Reihe

von Monaten bis zu vielen Jahren dauern. Bisweilen verbindet man mit dem Begriffe des Chronischwerdens denjenigen der Unheilbarkeit [1]).

Lässt man Psychosen, die viele Monate, ein Jahr und darüber dauern, nicht mehr als acute gelten und versteht man unter chronisch gewordenen Seelenstörungen solche, die zugleich unheilbar geworden sind, so versteht sich von selbst, dass noch subacute oder protrahirte Formen unterschieden werden müssen.

§ 137. Ausgänge der psychischen Störung. Die Psychosen endigen wie andere Affectionen entweder mit completer, mit unvollständiger Genesung oder mit Tod.

Vollständige Heilung kann nur bei den sog. Primärformen, sofern dieselben nicht Schwächezustände sind, eintreten (§ 128). Sie vollzieht sich entweder sehr rasch und continuirlich innerhalb weniger, oder einer Reihe von Stunden, oder die Besserung geht langsam, auch unter Schwankungen vor sich, so dass die Genesung erst nach Tagen zu Stande kommt.

Der erstere Genesungsvorgang kann als Krise bezeichnet werden. Charakteristisch ist ein solcher Ausgang für alle transitorischen Psychosen, öfter tritt bei denselben die Heilung durch kritischen Schlaf ein. Auch die febrilen Psychosen, sofern sie nicht unter den Begriff des transitorischen Irreseins fallen, können kritisch in Genesung übergehen.

Die Lehre von den Krisen der Geisteskrankheiten spielte ehedem (zumal bei Esquirol, Friedreich, Guislain, Albers u. A.) eine bedeutende Rolle. Man unterschied Krisen auf somatischem (materielle Krisen) und solche auf psychischem Wege. Bei den ersten sollte es sich um die Ausscheidung eines schädlichen Stoffes, einer Materia peccans oder um Metastasen der Krankheit handeln: dementsprechend lehrte man von Krisen durch Schweisse, Hautaffectionen, Blutflüsse, Erbrechen, Diarrhoe, Thränen, Schleim- und Speichelflüsse, von Krisen durch Fieber, durch Brustkrankheiten u. s. w. Die Therapie suchte derartige Entscheidungen durch die specifischen Mittel herbeizuführen.

Unter Krisen auf psychischem Wege wurden zum Theil diejenigen Vorgänge verstanden, welche man als Genesungen durch Reaction (s. unten) bezeichnet, zum Theil aber die Remissionen, die bisweilen nach Einwirkung intensiver psychischer Erregung beobachtet werden. Dass man bestrebt war, therapeutisch derartige Wendungen herbeizuführen, beweisen die ehemals üblichen Erschütterungscuren (Ekelcur). u. s. w. Hält man fest, dass unter Krisis nur die rasche Wendung zum Bessern, welcher schnell völlige Heilung nachfolgt, zu verstehen ist, so

1) Vgl. contra: Griesinger, Ges. Abh. I. S. 286 u. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. I. S. 25.

wird man jene Krisen der älteren Schule einestheils nur als bedeutende Remissionen, bezw. Intermissionen im Verlaufe zu erachten haben; denn ein plötzliches Schwinden der Krankheitserscheinungen ist abgesehen von den oben genannten Psychosen (transitorisches, febriles Irresein) im Allgemeinen nicht der Anfang der Genesung, sondern es bedeutet eben nur eine Latenz der Symptome, nach welcher sehr bald die Störung wieder anhebt; andererseits aber werden wir jene Entscheidungen gar nicht Krisen nennen können, da sie erst nach Tagen und Wochen zur Genesung führten, mithin unter den Begriff des lytischen Ausgangs der Psychosen fallen.

Der andere Genesungsvorgang darf Lyse genannt werden. Die Besserung tritt allmählich ein, führt aber immerhin noch rasch im Verlaufe weniger Tage zur Heilung. Manche ganz acuten, nur einige Tage bis Wochen dauernden, Psychosen endigen in dieser Weise; so gewisse Irreseinsformen im Stadium decrementi fieberhafter Krankheiten, dann die Puerperalpsychosen u. s. w.

Ungleich häufiger aber ist eine langsame Genesung von Irresein innerhalb grösserer Zeitabschnitte. Man könnte sie als protrahirte Lyse bezeichnen. In manchen Fällen vollzieht sich dieselbe durch sogenannte Reaction: der melancholische oder stuporöse Zustand geht in einen maniakalisch-heiteren, ideenflüchtigen, verworrenen, hie und da in einen Zustand von Selbstüberschätzung (§ 43 Beisp. 2) über, die Manie oder der Wahnsinn schlagen in traurige Verstimmung, selbst in Stupor um und erst dann, nachdem meist kürzere Zeit derartige gegensätzliche Zustandsformen geherrscht haben, tritt die Genesung ein.

Schon Ph. Pinel kannte diese Art des Ausganges psychischer Störungen in Genesung. Esquirol und Friedreich gaben diesem Sachverhalte dadurch Ausdruck, dass sie sagten, eine Geisteskrankheit entscheide (kritisire) sich durch eine andere. Griesinger, Guislain u. A. erwähnen die günstige Bedeutung solcher Wendungen im Verlaufe, welcher Dagonet im gleichen Sinne bei den Transformationen der Psychosen gedenkt. Dittmar[1]) bezeichnet neuerdings (in Uebereinstimmung mit Nasse und Ripping) die Genesung durch Reaction als gesetzmässig für Manie und stuporöse Melancholie.

Ist, wie häufig der Fall, der Uebergang psychischer Störung durch ein deutliches Stadium der Reconvalescenz vermittelt, so bemerkt man, nachdem die flagranten Symptome abgenommen haben, das Hervortreten von Eigenschaften der früheren psychischen Persönlichkeit. Die krankhaften Stimmungen verschwinden erst für

1) C. Dittmar, Ueber regulatorische und über cyklische Geistesstörungen. Zwei Vorträge u. s. w. Bonn 1877.

kürzere, dann für längere Zeit die gemüthliche Widerstandsfähigkeit wächst nach und nach immer mehr; war Verworrenheit oder Stupor vorhanden, so tritt Aufhellung ein, die Reproduction wird wieder allgemeiner, krankhaftes Phantasiespiel lässt nach, die Hallucinationen blassen ab, werden wie aus der Entfernung gehört u. s. w. und verschwinden endlich ganz. Wahnvorstellungen werden ihrem Werthe nach richtig erkannt und corrigirt, krankhafte Neigungen verlieren sich, das Benehmen und die ganze Reaction auf die Einflüsse der Aussenwelt erscheint wieder motivirt. Gesichtsausdruck, Sprache, äussere Erscheinung bieten wieder normalen Typus, Schlaf und Appetit kehren zur Norm zurück, die allgemeine Ernährung hebt sich, das Körpergewicht nimmt zu (oft schon vor der Besserung der psychischen Erscheinungen), die concomitirenden nervösen Symptome (irritative wie paretische) verschwinden; allerdings ist der Genesende noch geistig müde und nicht selten etwas verlegen, indem er jetzt erst (was jedoch nicht immer der Fall sein muss) einsieht, dass die früheren Lebensäusserungen krankhafte waren. Wenn aber bis dahin Krankheitsgefühl oder besser gesagt Erkenntniss des Gestörtseins vorhanden war, so macht sich jetzt entschiedeneres Gesundheitsgefühl geltend. Bei alledem herrschen noch gemüthliche Impressionabilität und Disposition zu leichteren Anomalien der Vorstellungsprocesse fort, die sich zeitweise noch in krankhaften Neigungen, Handlungen u. s. w. zu erkennen geben. Es besteht ein labiles psychisches Gleichgewicht, welches durch die kleinsten Anlässe gestört werden kann. Namentlich können die krankhaften Stimmungen, wenn auch nur für kurze Zeit, wiederkehren, in der Erinnerung noch vertretene Wahnvorstellungen vermögen zeitweise wieder die Oberhand zu gewinnen und im besten Falle nur zweifelt der Genesende gelegentlich solcher Attaquen, ob diese Stimmungen und falschen Ideen motivirt und richtig oder aber pathologisch seien. So klingt die Störung langsam eventuell mit Schwankungen ab und nach und nach erst erfolgt complete Restitution.

Als Kriterien der vollständigen Genesung werden betrachtet: Wiederkehr der früheren Neigungen, Interessen und Gewohnheiten, Bedürfniss nach und Befähigung zu gesunder geistiger Thätigkeit, völliges Verschwundensein der gemüthlichen Reizbarkeit und der falschen Vorstellungen, entschiedene Anerkennung, unbefangene Beurtheilung des früheren Zustandes als eines krankhaften, über den der Genesende ruhig und objectiv wie von „etwas ihm ganz fremd gewordenem“ spricht. Was die körperlichen Functionen anlangt, so muss der Allgemeinzustand wieder normal, die Ernährung

weder mangelhaft noch übermässig gut sein, d. h. das Körpergewicht sich auf einer Constanten halten; wie alle nervösen Symptome überhaupt, sofern sie mit der centralen Affection zusammenhingen oder zusammenfielen (Veränderungen der Gesichtszüge, des Blickes, der Sprache, der Bewegungen u. s. w.), so soll nach Wolff auch der Puls seine normale Celerität wieder gewonnen haben (§ 26).

§ 138. Ausgang in unvollständige Genesung. Im weiteren Sinne bezeichnet man wohl die Genesung schon als unvollständig, wenn eine Disposition zu einer neuen Erkrankung durch die abgelaufene Affection begründet worden ist. Dies ist, wie die allgemeine Aetiologie (erworbene Krankheitsanlage) lehrt, bei Psychosen nicht selten der Fall.

Von unvollständiger Genesung im engeren Sinne spricht man, wenn nach Ablauf psychopathischer Processe krankhafte Seelenzustände zurückbleiben, welche sich nicht durch auffälligere Symptome dem erstem Blicke bereits zu erkennen geben. Bei diesem Ausgange, welcher zum Theil identisch ist mit demjenigen, den H. Neumann als Heilung mit Defect bezeichnet, tritt eine Aenderung des Krankheitsbildes ein, welche der Wendung zum Bessern ähnlich sieht, indem unter Regelung des Schlafes, Appetites, der körperlichen Functionen, unter Zunahme der Ernährung (Steigen des Körpergewichtes) die Aufregungen und gemüthlichen Stürme oder die psychischen Spannungen nachlassen, die Wahnideen zurücktreten und die äussere Besonnenheit wiederkehrt. Aber es stellen sich nicht alle Eigenthümlichkeiten der früheren Persönlichkeit wieder her, dieselbe zeigt noch bald deutlichere und zeitweise sogar ganz evidente, bald nur leise ausgesprochene Veränderungen, welche theils positive Erscheinungen gestörten Seelenlebens, theils Negationen von Attributen einer gesunden psychischen Verfassung darstellen.

So entstehen secundäre psychische Schwächezustände, welche qualitativ und quantitativ unter einander verschieden sind, aber ganz passend unter dem Begriffe erworbener Schwachsinn (v. Krafft-Ebing) zusammengefasst werden. Das Krankheitsbild der secundären partiellen Verrücktheit (im Sinne Griesinger's) ist eine solche Schwachsinnsform, bei welcher depressive oder erhebende Wahnvorstellungen noch fortbestehen, die sich während der primären Psychopathie gebildet hatten (§ 122). Fehlen solche, so manifestirt sich der erworbene Schwachsinn oft nur durch eine gewisse Trägheit im Vorstellen und Fühlen; die Energie und Präcision der Wahrnehmungs- und Reproductionsvorgänge, die Lebendigkeit der Phan-

tasie, der Combination hat im Ganzen abgenommen; im Kreise ganz geläufiger durch Uebung sehr befestigter Vorstellungen und Gedanken bewegt sich der Kranke noch wie früher, aber Neues zu verstehen, zu ersinnen wird ihm schwer und wo es gelingt, vergisst er die Resultate dieser mühevollen geistigen Operation rasch wieder.

Auch in den scheinbar mildesten Formen des erworbenen Schwachsinns bemerkt man stets eine gewisse Insufficienz des Gedächtnisses und Erinnerungsschwäche, die sich z. B. in Nachlässigkeiten und Saumseligkeiten jeder Art zu erkennen gibt. Analoge innig mit den Vorstellungsanomalien zusammenhängende Mängel bieten die Gefühle. Die Beweglichkeit derselben hat im Ganzen abgenommen, ästhetische Analgie macht sich leise oder deutlicher in Unsauberkeit und Unordnung der äusseren Erscheinung, der Umgebung, namentlich auch der Ausfertigungen bemerklich, die Lebendigkeit und Wärme des Gemüthes hat nachgelassen, moralische Analgie offenbart sich in Verstössen gegen die Decenz, in Taktlosigkeiten, ja es verräth sich gelegentlich sogar eine bestimmte Perversion der intellectuellen Gefühle (satyrhafte Freude an Obscönitäten, kindische Schadenfreude u. s. w.). Dazu kommt nun noch gemüthliche Impressionabilität, welche in heftigen Affecten der Ausgelassenheit oder des Zornes meist nur dann sich manifestirt, wenn die noch vorhandenen in der Regel ziemlich niedern Interessen der eigenen Person einerseits gefördert oder andererseits beeinträchtigt werden. Wenn sich daher auch gewisse Eigenschaften der früheren psychischen Persönlichkeit wieder hergestellt haben, welche bei oberflächlicher Untersuchung und bei nicht unbefangener Beurtheilung eine Restitutio ad integrum vortäuschen können, eine Umänderung, ein Defect, gerade in den feineren psychischen Leistungen lässt sich mit Bestimmtheit nachweisen.

Worin der Unterschied zwischen originärem und erworbenem Schwachsinn liege, ist demnach leicht zu bestimmen. Bei jenem handelt es sich um psychische Inferiorität von vornherein, bei diesem um einen Rückschritt gegen früher; dort war die Entfaltung von psychischen Kräften gehemmt, hier ehedem ein bestimmtes Maass individueller Entwickelung und Ausbildung erreicht worden und viele dieser erworbenen Eigenschaften der Centralorgane haben sich noch erhalten. Als Ueberbleibsel aus einer besseren Zeit reichen sie noch herüber in die Periode des Verfalls, jene geläufig gewordenen Redensarten und Floskeln, Umgangsformen und selbst abstrakte Kenntnisse, die, als zusammenhängende Massen früher gründlich eingeprägt und vielfach in Anwendung gekommen, jetzt noch durch bestimmte Associationsvorgänge mehr oder weniger passend reproducirt werden können — Alles dies darf umsoweniger bei Schwachsinnigen imponiren, als wir wissen, dass

sogar bei erworbenem Blödsinn — den Niemand unter den Begriff „Heilung mit Defect“ subsumiren wird — ganz ähnliche früher erworbene Fertigkeiten als noch persistirend angetroffen werden (vgl. Pelman, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXI. S. 115; L. Meyer, Arch. f. Psych. Bd. II. S. 436).

§ 139. Der Ausgang in den Tod kann bei psychischen Störungen einmal direct in Folge der Alienation des Fühlens und Vorstellens selbst, sodann indirect durch complicirende, lethal ablaufende Krankheitsprocesse herbeigeführt werden.

Unter den directen Todesursachen psychisch Gestörter spielt der Selbstmord die wichtigste Rolle. Am stärksten disponiren die Melancholia simplex, die Melancholie mit Angst, die Melancholie mit Sinnestäuschungen zum Suicidium; auch die depressive Form der transitorischen Geistesstörung kann Selbstmord herbeiführen; eine Varietät des impulsiven Irreseins besteht darin, dass unwiderstehliche, als krankhaft erkannte Antriebe zur Selbstvernichtung sich darbieten. Während bei der Melancholia sine delirio die Verdüsterung und Verödung des Innern, das peinliche Gefühl der Hemmung des Denkens und Wollens und die quälende Erkenntniss, sich dem pathologischen Zustande nicht mehr entziehen zu können, schwere Befürchtungen für die Zukunft dem Kranken das Leben unerträglich erscheinen lassen, die oft noch erhaltene Besonnenheit ihm aber ermöglicht, den Gewaltact mit ruhiger Ueberlegung zur geeigneten Zeit am geeigneten Ort zu vollbringen, erfolgt die Selbstentleibung bei angstvoller, hallucinatorischer und transitorischer Melancholie ganz gewöhnlich in einem Zustande furchtbarer Aufregung, innerer Zerrissenheit und erheblicher Bewusstseinsumnebelung (Raptus melancholicus) unter Umständen offenkundig vor den Augen der Welt. Allerdings kann auch bei den ersten Formen in einem heftigen Paroxysmus, einem „Verzweiflungsaffecte“, bei den letzteren aber in einem Zustand von Remission, der die Besonnenheit wiederbringt, der Selbstmord vollzogen werden. Selbstentleibungen kindlicher Individuen beruhen in der Regel auf rasch entstandener oder durch ein äusseres Ereigniss gesteigerter Aengstlichkeit von pathologischem Charakter, in Folge deren auch unbedeutende Anlässe die That herbeiführen. — Die krankhaften Impulse zum Selbstmord lassen sich verstehen nach Analogie gewisser Bewusstseinsvorgänge, welche auch beim Gesunden an Abhängen, beim Anblick arbeitender Maschinen u. s. w. auftreten (§ 95).

Auch Grössenwahnideen können directe Todesursachen werden. Selbstüberschätzung und krankhafte Verwegenheit, der Wahn fliegen

zu können, gefeit zu sein u. s. w. stürzen die Kranken in Gefahren oder halten sie ab, sich solchen zu entziehen. Dasselbe gilt auch von den Zuständen der Unbesonnenheit und Stumpfsinnigkeit, welche durch heftige Angst, psychischen Schmerz u. s. w. herbeigeführt werden. Die geistige Unfähigkeit kann bei Blödsinnigen in analoger Weise directe Todesursache werden.

Hochgradige Aufregung und extreme Jactation bei fehlendem Schlafe führen in nicht so ganz seltenen Fällen durch allgemeine Erschöpfung des Nervensystems zum Tode (neuroparalytischer Tod). Dies kommt zumal bei acuten Psychosen, seltener bei epileptischem und paralytischem Irresein vor.

Indirecte Todesursachen psychisch Gestörter sind vor allem gewisse Krankheiten, welche zum Irresein als tödtliche Complicationen hinzutreten. Den ersten Rang nimmt hier die Lungenphthise ein („Geisteskranke unterliegen in fünfmal stärkerem Verhältnisse der Lungenschwindsucht als Nicht-Irre“ — „in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geht die Geisteskrankheit der Lungenschwindsucht voraus“, Hagen[1]). Weiterhin sind Erkrankungen des Herzens, chronischer Marasmus, zumal in Folge von Nahrungsverweigerung, Decubitus, wie aus dem oben Gesagten von selbst sich ergibt, Körperverletzungen (Verbrennungen, Fracturen u. s. w.) nicht seltene Todesursachen bei Geisteskranken.

Zu den indirecten Todesursachen würde auch im weiteren Sinne die Verurtheilung für Verbrecher gehaltener Geisteskranken zum Tode gehören.

§ 140. Allgemeine Prognostik. Was die Prognose des Irreseins im Ganzen anlangt, so ist festzuhalten, dass nur ein Bruchtheil der Befallenen — nach Anstaltsberichten 35—40 % — völlig hergestellt wird und dass die Sterblichkeit bei Irren — nach Hagen's Berechnung 5mal[2]) — grösser ist als bei der erwachsenen geistesgesunden Bevölkerung. Die Beantwortung der Fragen, ob im gegebenen Falle Heilung zu erwarten sei oder nicht, ob die Psychose den Tod herbeiführen werde, hängt von der Dauer und dem Verlauf der Störung, den Symptomen, den ätiologischen Momenten und von den individuellen Verhältnissen des Kranken selbst ab. Die Vorhersage ist selbstverständlich nur dann günstig, wenn complete Heilung zu erwarten steht, relativ günstig, wenn das Leben nicht durch die

1) Hagen, Statist. Untersuchungen u. s. w. S. 281.
2) Hagen, ibid. S. 126.

Störung bedroht ist, aber muthmasslich keine Heilung oder nur eine solche mit Defect eintreten wird, absolut ungünstig ist sie dann, wenn das Irresein auf dem einen oder dem anderen Wege (§ 137) den Tod herbeiführen wird.

Bezüglich der prognostischen Bedeutung von Dauer und Verlauf der Psychosen gilt im Allgemeinen, dass frische Fälle und solche, bei denen die Störung plötzlich oder doch rasch ausgebrochen ist, am meisten, veraltete, chronische Fälle, langsam entstandene Erkrankungen am wenigsten Aussicht auf Heilung bieten. Viel kommt hierbei auf die Behandlung, zumal die Aufnahme in die Anstalt an, welche notorisch den Verlauf der Störung abkürzt. Allerdings ist in manchen Fällen und bei gewissen Formen schon von vorn herein, auch wenn der Beginn ein rascher war, die Prognose schlimm (Delirium acutum), andererseits wird Genesung noch bei inveterirter wie bei langsam zur Entwickelung gekommener Geistesstörung beobachtet.

Günstig ist ein mässig remittirender (und exacerbirender) Verlauf und ein bestimmter Wechsel im Charakter des Krankheitsbildes (Genesung durch Reaction s. oben), weniger günstig schon ein continuirlicher Gang des Leidens über einige Zeit; alle plötzlichen bedeutenden Nachlässe sind bei Psychosen von einiger Dauer verdächtige Erscheinungen; periodischer, circulärer und progressiver Verlauf schliessen Hoffnung auf complete Restitution so gut wie immer aus.

Auf die Prognose sind von Einfluss gewisse Elementarerscheinungen und einfachere Complexe von solchen. Psychische Hyperalgie, erleichterte Anspruchsfähigkeit von Lustgefühlen, Gemüthsreizbarkeit überhaupt werden als günstige Erscheinungen betrachtet, wenn sie die Wendung zum Bessern begleiten; kehren dabei aber nicht viele wesentliche Eigenschaften der früheren Persönlichkeit wieder, so zeigen sie beginnende Schwäche an. Seelenschmerz auf Manie folgend, psychische Lust nach melancholischer Verstimmung verkündigen oft die Genesung. Psychische Analgie jeder Art und Unfähigkeit zu höheren intellectuellen Lustgefühlen, Gemüthsstumpfheit sind signa mali ominis nur, wenn sie langsam sich entwickeln und allmählich zunehmen (Schwachsinn). Perversitäten der psychischen Gefühle deuten auf unheilbare Entartung hin, sofern sie zu habituellen Eigenschaften geworden sind. Auf der Höhe acuter Psychosen gelegentlich zum Vorschein kommend trüben sie die Prognose gar nicht. Alle Wahrnehmungs- und Einbildungsanomalien, die mit krankhaften Gefühlszuständen innig

zusammenhängen, stehen und fallen mit diesen, theilen also deren Prognose. Einseitige Verschärfung des Gedächtnisses, der Erinnerung, der Phantasie (Neubildung von Worten u. s. w.) sind, wenn beständig, stets verdächtige, beginnende oder vollendete Schwäche, zumal secundäre Verrücktheit anzeigende Symptome. Auch dauernde Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche erheblichen Grades und von Beständigkeit hat meistens eine üble Vorbedeutung. Der prognostische Werth der Phantasmen ist verschieden. Illusionen müssen als leichtere, Hallucinationen als schwerere Anomalien bezeichnet werden. Was die einzelnen Sinne betrifft, so scheinen Gehörs- und Geruchsphantasmen am häufigsten bei unheilbaren Psychosen vorzukommen. Phantasmen mehrerer Sinne zugleich sind insofern ungünstig, als sie leicht zur Befestigung bestimmter Wahnideen beitragen. Gehäufte Sinnestäuschungen in mehreren oder allen sensoriellen Bahnen kommen besonders bei Verrücktheit vor; Schwinden der Phantasmen bemerkt man sowohl bei beginnender Heilung, als auch bei der Entwickelung schweren Blödsinns; im Vereine mit den concomitirenden Symptomen erhält also diese Erscheinung einen ganz bestimmten prognostischen Werth. Dass Mangel, Verödung der Phantasie psychische Inferiorität bezw. Verfall anzeigen, ist früher erwähnt worden (§ 88). Häufiges Auftreten ganz abstruser Zwangsvorstellungen beweist für unheilbare Anomalien der Bewusstseinsorgane, sofern nicht gewisse Stimmungsanomalien (Mel. simplex) diese Störung mit sich bringen. Während die erleichterte Combination bei acuter Manie ein ziemlich unschuldiges Symptom ist, beweist die krankhafte Sagacität der Wahnsinnigen eine völlige Assimilation und innige Verarbeitung der falschen Vorstellungen. Excentricität und Verschrobenheit sind gleich Ideenflucht prognostisch üble Symptome, wenn sie nicht rasch im Verlaufe acuter Psychosen zu Stande kommen, sondern langsam entwickelt continuirlich zunehmen. Trägheit bis zur Stockung des Vorstellungsverlaufes ist nur dann von übler Prognose, wenn sie zusammenfällt mit weiteren Zeichen psychischer Schwäche. In acuten und protrahirten Fällen, bei denen sie neben intensiven Gemüthsanomalien (Melancholie) besteht, kann sie sich mit der Heilung ganz verlieren.

Während alle Wahnideen, die sich in ganz acuten Seelenstörungen (febrilen, postfebrilen u. s. w.) gebildet haben, wieder völlig beseitigt werden können, weisen die langsam oder im Verlaufe protrahirten Irreseins entstandenen, vollkommen fixen und systematisirten Wahnvorstellungen auf eine durchgreifende und dauernde Umwandelung der psychischen Persönlichkeit hin, welche nur schwierig

oder gar nicht wieder auszugleichen ist. Eine relativ günstige Vorhersage lässt jedoch noch der Versündigungswahn zu; schlimmer sind schon hypochondrische und Verfolgungswahnvorstellungen. Selbstüberschätzung, die im Stadium decrementi von Melancholie auftritt, hat öfter eine günstige Vorbedeutung. Treffen Grössenideen mit Symptomen psychischer Schwäche und Lähmungserscheinungen zusammen, dann ist die Prognose schlimm (prog. Paralyse). Innige Verbindungen von Grössenideen und depressiven Wahnvorstellungen (hypochondrischem und Verfolgungswahn) deuten in der Regel auf unheilbare Seelenstörung hin (Verrücktheit). Wahnvorstellungen, welche des Affectes entbehren, sozusagen Erinnerungsmaterial geworden sind, beweisen, dass bereits Geistesschwäche eingetreten ist.

Aus einfacheren und complicirteren Anomalien der Strebungen und Begehrungen gehen, jenachdem verschiedene prognostische Schlüsse hervor. Ungünstig sind Gefrässigkeit, Saufsucht und Gier auf ekelhafte Substanzen (Koprophagie, Urintrinken), sofern sie nicht Theilerscheinungen der Manie ausmachen. Widerwille gegen Nahrung kann Lebensgefahr herbeiführen; Hydrophobie ist meist ein perniciöses Symptom. Steigerung des Geschlechtstriebes trübt die Prognose am wenigsten bei jugendlichen Kranken (wenn nicht starke Neigung zu Masturbation besteht), mehr schon bei solchen, die im Mannesalter stehen, weil dann der Verdacht auf paralytisches Irresein begründet ist. Heftige sexuelle Erregung um die klimakterische Periode, Wiedererwachen geschlechtlicher Begierden bei alten Männern sind erfahrungsgemäss schlimme Symptome. Wenn perverse sexuelle Antriebe dauernd sind und heftige Abneigung gegen natürliche Geschlechtsberührung besteht, so handelt es sich wohl immer um unheilbare Anomalien der Centralorgane. Bei der Wendung zum Bessern pflegen die sinnlichen und intellectuellen Begehrungen, die vor der Erkrankung herrschend waren, wieder hervor zu treten. Wo Heilung mit Defect sich anbahnt, kehren nicht alle, namentlich die höheren Begehrungen und Strebungen nicht vollständig zurück. Die prognostische Bedeutung krankhafter Impulse ist fast dieselbe wie diejenige der Zwangsvorstellungen. Sie sind irrelevant bei acuten Psychosen, ungünstige Erscheinungen aber, wenn sie die wesentlichen Symptome chronischer Anomalien der Centralorgane ausmachen. Willensfestigkeit, von krankhaften Motiven beherrscht, beobachtet man meist bei unheilbaren Störungen; bisweilen sind in solchen Fällen die Motive geradezu gefährlich für das Leben des Kranken. Rückkehr der alten Energie und Selbstbeherrschung ist ein wichtiges Symptom abklingender Psychosen. Die Willensschwäche

bezw. complete Abulie, welche von Gemüthsstörungen und körperlichen Beschwerden abhängt, ist, sofern nur diese heilbar sind, kein schlimmes Symptom; wo dieselbe aber auf Mangel an Motiven beruht, der von Geistesschwäche herrührt, da ist selbstverständlich keine Genesung zu hoffen.

An sich ist das allgemeine Delirium prognostisch günstiger als das partielle. Doch gelten mit Recht die blanden heiteren Delirien bei schwerem Leiden als Zeichen unheilvoller Euphorie. Auch die mussitirenden Delirien haben oft eine gleiche Vorbedeutung, furibunde können natürlich direct das Leben gefährden. Zustände von Stupor, welche auf maniakalische Erregung folgen, deuten auf Genesung (durch Reaction) hin. Wenn sie aber primär auftreten, so richtet sich die Prognose nach dem Grade und der Dauer des Stupor: je tiefer jener, je länger diese, desto ungünstiger die Aussichten. Dasselbe gilt auch von den allgemeinen Delirien, von hochgradiger Bewusstseinsumnebelung, von tiefer Schlafsucht, anhaltender Agrypnie.

Die früher erwähnte psychologisch symptomatische Classification der Irreseinsformen schliesst, indem sie primäre, heilbare und secundäre, unheilbare Zustände unterscheidet, die allgemeine Prognostik zum Theil schon in sich. Von den ersteren gelten erfahrungsgemäss Melancholie und Manie für leichter, Wahnsinn für schwerer heilbar. Man hat gestritten, ob die Melancholie oder die Manie eine günstigere Prognose gestatte. Erwägt man, dass viele leicht schwermüthige zu Hause behandelt und geheilt werden, in die Anstalten vorwiegend die ernsteren Fälle und jene Formen von Melancholie gelangen, bei denen überhaupt völlige Genesung nicht oft beobachtet wird, Maniakalische dagegen gewöhnlich rasch internirt werden, und rechnet man hinzu, dass in manchen Fällen die Manie erst der Melancholie nachfolgt (das Reactionsstadium der letzteren bildet), so lässt sich begreifen, auf welchen Unterlagen dieser Streit beruht und wie er zu Gunsten der Melancholie wird entschieden werden müssen. Leichter heilbare Formen der Schwermuth sind die Melancholia simplex, die Melancholie mit Angst, mit Stupor, mit Versündigungswahn; schwerer aber die vorwiegend hallucinatorischen Melancholien und diejenigen mit fixen hypochondrischen, Verfolgungs- und Verwandlungswahnideen (Metamorphose, Besessensein). Uebrigens ist nicht in Abrede zu stellen, dass einfache Melancholie bisweilen als chronisch-unheilbares Leiden, Schwermuth mit Hallucinationen und Wahnideen jeder Art transitorisch, acut auftreten und dann mit völliger Genesung endigen kann. Eine wirklich günstige Vorbedeutung hat die Melancholie, welche maniakalischer Aufregung nachfolgt, vorausgesetzt, dass nicht circuläres Irresein vorliegt. — Bei Manie ist die Prognose gut, wenn sie sich aus nicht zu lange dauerndem melancholischen Vorstadium entwickelte: fehlte aber dieses ganz, so besteht Verdacht, dass periodisches

(wie erwähnt langsam progressiv verlaufendes, unheilbares) Irresein vorhanden sei. Genesung ist ziemlich sicher zu erwarten bei den maniakalischen Aufregungen in Folge von acuter Anämie, fieberhaften Krankheiten, Puerperium u. s. w., welche oft plötzlich ohne melancholisches Vorstadium beginnen und transitorisch oder acut verlaufen. Die leichten Formen maniakalischer Exaltation, die als Folie raisonnante bezeichnet werden, sind in der Regel unheilbar. Ungünstig ist auch die Prognose der Manie im Greisenalter, der intercurrirenden Tobsucht bei Dementia paralytica, Hebephrenie u. s. w. Von den Psychosen, welche man eigentlich nicht zutreffend noch zur Manie rechnet, sind prognostisch günstig die transitorische Manie, die Nymphomanie jugendlicher Individuen, die hysterischen Aufregungszustände; epileptische „Manie“, die „Tobsucht“ der Säufer, klimakterische Nymphomanie sind stets prognostisch ungünstige Symptomencomplexe. — Wahnsinn beweist eine schwere, jedoch nicht ganz unheilbare Umwandelung der ganzen psychischen Persönlichkeit. Dieselbe bleibt oft dauernd und führt zu (secundärer) Verrücktheit. — Die psychischen Schwächezustände lassen im Allgemeinen eine relativ günstige Prognose, nämlich was das Leben anlangt, zu. Originär Schwachsinnige und Blödsinnige, sowie die mit Defect Geheilten (psychische Invaliden, H. Neumann) können unter den für sie geeigneten Lebensbedingungen ein hohes Alter erreichen. Davon aber macht der paralytische Blödsinn eine Ausnahme, indem er in der Regel nach einigen Jahren, oft schon früher, zum Tode führt. Andererseits ist bei gewissen, rasch nach Blutverlusten, Vergiftungen, Schädeltrauma, Strangulation u. s. w. entwickelten Zuständen von (anergetischem) Stupor, die als acuter Blödsinn cursiren, die Prognose auch in Bezug auf die Genesung nicht absolut infaust.

Gewisse Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, die im engeren Sinne oder überhaupt nicht als psychische bezeichnet werden, sind von Einfluss auf die Prognose. So gelten hochgradige Anästhesien, Analgien (Unempfindlichkeit gegen Kälte, Hitze, grelles Licht, sodann Lähmung des Sättigungsgefühls, Anästhesien von Blase und Mastdarm u. s. w.) und Analgesien als schlimme Zeichen tiefer Erkrankung nervöser Apparate. Fast denselben Werth haben halbseitige Paresen, Contracturen, Tremor des Gesichtes und der Extremitäten, sofern sie stabil sind, weiterhin locomotorische Ataxie, ataktische Sprachstörungen, endlich allgemeine Convulsionen mit Bewusstlosigkeit und universelle Paralysen bei vorhandenem Bewusstsein. Auch die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit motorischer Bahnen, welche als Reaction der Convulsibilität und der Erschöpfbarkeit (Benedikt) beschrieben sind, die schwereren Formen des Pulsus tardus planus (Wolff), grosse Neigung der Haut zur Bildung von Hämorrhagien, Suffusionen, (neuroparalytischem) Decubitus trüben die Prognose ganz entschieden.

Ein Ansteigen des Körpergewichtes hat, wie erwähnt, bezüglich der Prognose verschiedene Bedeutung. Folgt der Zunahme bald Besserung, so kann man Heilung erwarten, wenn nicht, so geht die Störung direct in einen insanablen Schwächezustand über (ausgenommen die Folie circulaire, § 23). Aehnlich ist es mit der anfänglichen Abnahme der Eigenschwere; wo sie sich zeigt, ist Hoffnung, wo sie fehlt, keine Aussicht auf complete Heilung vorhanden. Erhebliche Fieberbewegungen, tiefe Senkung der Temperatur, für deren Erklärung sich nur centrale Störungen herbeiziehen liessen, beobachtete man bisher nur bei tödtlich endigenden Fällen (§ 25).

Von den ätiologischen Momenten und individuellen Verhältnissen des Kranken, welche die Vorhersage beeinflussen, ist zunächst das Lebensalter zu nennen. Bei jugendlichen Individuen ist ungleich mehr Hoffnung auf Genesung vorhanden, als bei gealterten. Wie aber gewisse Kinderpsychosen und Irreseinsformen zur Zeit der Pubertät prognostisch ungünstig sind, so verhält es sich auch mit denjenigen Seelenstörungen, welche Kahlbaum und Hecker als Hebephrenie beschrieben haben; diese hat einen progressiven zum Blödsinn führenden Verlauf. Andererseits können zumal bei Frauen wenigstens noch in höherem Lebensalter entstandene Psychosen heilen. Was weiterhin das Geschlecht anlangt, so ist entschieden das weibliche vor dem andern bevorzugt. Dies beruht darauf, dass die Centralorgane beim männlichen Geschlechte stärker zur Degeneration hinneigen, d. h. unheilbare Schwächezustände häufiger nach primären Psychosen zurückbleiben, dass zur progressiven Paralyse ganz vorzugsweise männliches Geschlecht prädisponirt, während bei Frauen gewisse ätiologische Irreseinsformen, die eine günstige Prognose zulassen, häufig oder ausschliesslich vorkommen (Psychosen aus Anämie, Hysterie, zu Folge von Gravidität, Puerperium, Lactation u. s. w.). Die übrigen allgemeinen ätiologischen Momente, wie Nationalität, Stand, Lebensberuf, sind vielleicht ebenfalls von Einfluss auf die Vorhersage, doch lässt sich Bestimmtes in dieser Hinsicht nicht angeben. Erbliche Prädisposition zum Irresein trübt die Prognose entschieden, wenn sie sich schon frühzeitig und continuirlich in allerhand auffälligen Abweichungen, Sonderbarkeiten des Fühlens und Vorstellens, des Charakters zu erkennen gibt, wenn das Irresein schliesslich als eine Steigerung dieser habituellen Anomalien erscheint. Umgekehrt ist die Prognose günstig, wenn die hereditäre Anlage nur schlummert und sich in leichterem Erkranken auf geringfügige Ursachen hin verräth. Diese Attaquen verschwin-

den meist vollständig wieder, wenn die Ursache aufhört zu wirken; selbstverständlich besteht aber Neigung zu neuen Störungen fort. Wie bei der erblichen Anlage, so richtet sich auch bei vielen ätiologischen Irreseinsformen die Prognose nach dem Verlaufe, der Dauer und der Schwere der Symptome. Puerperale, febrile und postfebrile Psychosen, bei denen im Allgemeinen meist Genesung zu hoffen ist, sind prognostisch ungünstig, wenn sie mit schweren Symptomen schleppend verlaufen. So wenig pathologischer Rausch, hysterisches Irresein, das acut ausbricht, transitorische Dysphrenia neuralgica, Irresein bei Chorea, Seelenstörung nach Blutverlusten prognostisch ungünstig sind, so schlimm ist die Vorhersage beim chronischen Irresein der Säufer, langsam entwickelten und fortschreitenden hysterischen Alienationen, bei manchen protrahirten zur Bildung bestimmter Wahnideen führenden neuralgischen Dysthymien, langwieriger Verworrenheit, z. B. die Chorea begleitet, bei Psychosen, welche sich in Folge constitutioneller Anämie, unheilbarer Dyskrasien entwickelt haben und von diesen unterhalten werden.

Die persönlichen Verhältnisse des Kranken enthalten oft wesentliche, die Prognose beeinflussende Factoren, die bald offenkundig zu Tage liegen, bald aber auch nur schwierig aufzudecken sind. Kümmerliche Verhältnisse einerseits, langwierige Instanzenwege andererseits, Vorurtheile der Angehörigen können die Aufnahme in eine geeignete Anstalt hinausschieben und veranlassen, dass der Zeitpunkt für den Anfang einer richtigen Behandlung verpasst wird. Und wo es den Anschein hat, dass die Störung ihrer Natur und den sonstigen Umständen nach ohne Internirung günstig verlaufen würde, da ist es immerhin noch möglich, dass auf den Kranken unberechenbare Factoren schädlich einwirken. Aus diesem Grunde ist die Prognose ausnahmslos besser, wenn die Verbringung in eine Anstalt überhaupt und frühzeitig möglich ist, als wenn der Kranke in seiner gewohnten Umgebung für die Dauer oder längere Zeit behandelt werden muss.

Allgemeine Aetiologie.[1])

§ 141. Diejenigen Bedingungen und Verhältnisse, unter deren Einfluss Irresein häufiger entsteht, zerfallen zunächst in vorbereitende oder prädisponirende und in veranlassende oder accidentelle Ursachen. Weiterhin unterscheidet man ätiologische Momente, die von Aussen an den Menschen herankommen, und solche, die in ihm selbst gelegen sind, als äussere und innere Ursachen. Endlich können die Ursachen in physische oder somatische, in moralische oder psychische und in gemischte eingetheilt werden.

Die prädisponirenden Ursachen, welche in der Regel langsam oder continuirlich fort- oder nachwirken, begründen nur eine Krankheitsanlage, eine Prädisposition zu psychischer Störung. Dieselbe ist allgemein und als physiologischer Zustand zu betrachten, wenn sie in gewissen normalen (äussern oder innern, somatischen, psychischen oder complexen) Lebensbedingungen gegeben ist, im Zeitalter, in der Nationalität, der Culturstufe, im

1) Literatur: Aelteres bei Friedreich, Syst. Lit. u. s. w. Nr. 803—913; 1263—1327. — Derselbe, Allg. Path. d. ps. Krankh. S. 202 ff. — Prichard, A treatise o. insan. Lond. 1835. Chap. IV. — Jessen, a. a. O. S. 561. — Ideler, Grundr. d. Seelenheilk. Berl. 1838. II. S. 273 ff. — Esquirol, a. a. O. I. § 2. — Baillarger, Lancet. 1845. Sept. u. Canst. Jahrb. 1845. III. S. 47. — v. Feuchtersleben, a. a. O. § 129 ff. — Henle, rat. Path. II. S. 176. — Leidesdorf, Zeitschr. d. Wien. Aerzte. 1853. H. 1 u. 7. — Derselbe, Lehrb. d. ps. Krankh. S. 126. — Guislain, Vorl., deutsch von Lähr. II. S. 227 ff. — Buchez, Ann. med. psych. 1854. Avr. S. 157. — Albers, Memoranda etc. S. 62 ff. — Flemming, Psychosen. S. 100 ff. — H. Neumann, Psychiatrie. § 231 ff. — Schlager, Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilk. 1860. Nr. 34—37. — Morel, Traité etc. Liv. II. Chap. II. — Dagonet, Traité etc. Chap. IV. — Maudsley, Brit. med. Journ. 1866. Nov. u. Journ. of ment etc. 1867. 60. S. 488. — Derselbe, Phys. u. Path. d. Seele, deutsch von Böhm. S. 205 ff. — Brierre de Boismont in Requin's Pathol. méd. Par. 1866. IV. S. 703. — Griesinger, Path. u. Ther. d. ps. Krankh. Buch II. Abschn. I. — Derselbe, Arch. d. Heilk. VI. S. 407 ff. — Browne, Crichton, Brit. med. a. chir. Rev. 1867. Jul. S. 169. — Golgi, Ann. univ. d. Med. Mayo. 1869. S. 568. — Balfour, Edinb. med. Journ. 1870. Nov. — Hawkes, Lancet. 1872. Nr. 9. S. 666. — Coxe, J., Journ. of ment. sc. 1872. Oct. S. 511. — Bucknill a. Tuke a. a. O. S. 57 ff. — Fielding-Blandford, Seelenstör., deutsch von Kornfeld. Berl. 1877. Vorl. VI. — Anstaltsberichte und Statistiken vgl. in Canstatt-Virchow's Jahresberichten v. 1841—1876.

Lebensalter, Geschlecht, Stand, Beruf u. s. w. Die besondere Krankheitsanlage oder individuelle Prädisposition ist strenge genommen immer schon ein pathologischer Zustand, der sich auch in abnormen Erscheinungen, in psychischer Reizbarkeit und Erschöpfbarkeit, „psychischer Vulnerabilität" manifestirt und wo er vorhanden ist anzeigt, dass die Organe des Seelenlebens partes minoris resistentiae sind. Diese besondere Krankheitsanlage kann angeboren, vererbt oder durch schädliche Lebenseinflüsse, verkehrte Erziehung, Excesse, durch vorausgegangene und fortbestehende Krankheiten erworben sein.

Zwischen den prädisponirenden und den veranlassenden Ursachen besteht wie bei anderen Störungen ein bestimmtes Verhältniss. Je länger und kräftiger jene vorgearbeitet haben, desto unbedeutendere accidentelle Einflüsse reichen hin, um Irresein herbeizuführen, und wo die individuelle Krankheitsanlage sehr stark ist, scheinen die normalen Lebensreize selbst — also vollkommen physiologische Einflüsse — determinirend auf den Beginn der Störung einzuwirken. Bei sehr geringer und noch nicht als pathologisch zu bezeichnender Prädisposition veranlassen nur energische, meist äussere Ursachen psychische Störung.

Der schon öfter ausgesprochene Satz, es bedürfe in der Mehrzahl der Fälle mehr als einer Ursache, um Alienation herbeizuführen, ist offenbar aus den eben erwähnten Erfahrungen abstrahirt. Von zwei Schädlichkeiten, welche auf ein Individuum einwirken, wird in der Regel, vielleicht immer, die eine der andern, wenn auch wenig früher vorausgegangen sein. Jene hat dann das Feld vorbereitet, auf dem diese ihre Thätigkeit entfalten kann.

Es ist mehr als wahrscheinlich, dass die ätiologischen Momente cumulativer Wirkung fähig sind, d. h. dass nach wiederholter und bei dauernder Einwirkung derselben Ursache psychische Störung zu Stande komme. Die gleichen Einflüsse bringen dann zuerst eine Prädisposition, darauf den Ausbruch der Psychose selbst zu Stande. Gewisse toxische (Alkohol, Opiate u. s. w.), epileptische Irreseinsformen, die durch sexuelle Excesse, Nachtwachen, Gewissensbisse u. s. w. hervorgebrachten Seelenstörungen mögen als Beispiele dienen.

Ob auch umgekehrt eine Gewöhnung an die Ursachen der Psychosen, also eine Abhärtung gegen die ätiologischen Momente vorkomme, lässt sich nicht bestimmt entscheiden. Wir wissen zu wenig von der Immunität gegen Irresein, d. h. vom Fehlen jeder Prädisposition und der absoluten Widerstandsfähigkeit gegen acci-

dentelle Ursachen der Seelenstörungen. Thatsache ist allerdings, dass es Individuen gibt, die ohne Folgen selbst erhebliche, wiederholte und häufige Einwirkungen solcher Einflüsse überstehen, welche wir nach unsern derzeitigen Kenntnissen für wirksame Ursachen des Irrewerdens halten müssen.

Aufgabe einer wissenschaftlichen Aetiologie wäre es, im einzelnen Fall zu zeigen, dass in den anamnestischen Thatsachen auch der zureichende Grund für das Zustandekommen von Seelenstörung enthalten sei. Eine solche Diagnose der Ursache ist leider bis jetzt, wenn überhaupt, dann nur sehr selten zu stellen.

§ 142. Wie erwähnt, ist die allgemeine Prädisposition zu psychischer Störung abhängig von gewissen generellen Factoren, vom Zeitalter, von der Nationalität, dem Lebensalter, Geschlecht, vom Stande und dem Berufe, vielleicht vom Klima, der Jahreszeit u. s. w.

Zeitalter und Nationalität[1]). Ob zu verschiedenen Zeiten bei demselben Volke Seelenstörung verschieden häufig sei, lässt sich ebenso wenig sicher entscheiden wie die Frage, ob bei den einzelnen civilisirten, halbcultivirten und wilden Völkern die Frequenz der psychischen Erkrankungen differirt. Man nimmt jedoch allgemein an, dass in höheren Zeitaltern und auf höheren Culturstufen wegen des steigenden Luxus, der grösseren geistigen Anstrengungen jeder Art, in Folge des erschwerten Kampfes um die Existenz, der zunehmenden Genusssucht und Sittenverderbniss die Disposition zum Irrewerden zunehme und dass psychische Störung bei wilden Völkern selten vorkomme.

Ueber die Frequenz der Geistesstörungen in früheren Epochen der Culturvölker und bei uncivilisirten Stämmen haben wir keine Statistiken, sondern nur Abschätzungen aus historischen Quellen und Reiseberichten. Dieselben sind ganz unsicher, denn die Merkmale, aus denen wir bei den Zeit- und Volksgenossen auf Geistesstörung schliessen, lassen sich auf die Repräsentanten niederer Culturstufen, uncivilisirter Völker nicht anwenden (vgl. § 32 ff.).

Die Irrenstatistiken der verschiedenen modernen Culturvölker lassen ganz bestimmte vergleichende Schlüsse noch nicht zu. — Bei Beurtheilung der von Jahr zu Jahr wachsenden Irrenzahl in den Culturstaaten ist zu berücksichtigen, dass die Irrenzählungen immer genauer werden,

1) Zur Literatur: Ausser den § 139 angeführten Lehrbüchern von Esquirol, v. Feuchtersleben, Guislain, Griesinger, Morel, Maudley, Buckwill u. Tuke: Brierre de Boismont, Ann. med. psych. 1853. Avril. S. 295. — Parchappe, ibid. S. 314. — Solbrig, Irrenfreund. 1871. S. 122.

dass man viel mehr Individuen in die Anstalten schickt (und so ihr Leben verlängert), überhaupt für geisteskrank hält und erklärt als ehedem, wo zahlreiche Geisteskranke aus falschem Vorurtheil verborgen gehalten oder für sonderbare Menschen, aber nicht für Kranke erachtet wurden. Dennoch steht die Zunahme der Geisteskrankheiten und zumal die steigende Frequenz der progressiven Paralyse wohl vollkommen fest.

Mehrfach trat in Statistiken eine hohe Frequenz der Psychosen bei den Israeliten hervor.

Was Alter und Lebensperiode anlangt, so besteht unbestritten die stärkste Prädisposition in der Zeit der vollendeten Reife. Die Altersklasse von 25—50 Jahren stellt das grösste Contingent an Erkrankungsfällen. Der Kampf ums Dasein, die damit verbundenen geistigen und körperlichen Anstrengungen, Sorgen, der concurrirende Einfluss der sexuellen Productionsvorgänge überhaupt, bei Frauen speciell noch Gravidität, Puerperium, Lactation, alles dies mag der hohen Frequenz der Psychosen in dem Alter der vollendeten Reife zu Grunde liegen.

In dieser Lebensperiode kommen die symptomatologischen Primärformen Melancholie, Manie und auch primäre Verrücktheit, von den ätiologischen Formen febrile, postfebrile, alkoholische, traumatische Seelenstörungen, neuralgische Dysphrenie, Schwangerschafts-, Puerperal- und Lactationspsychosen am häufigsten vor. Die progressive Paralyse ist recht eigentlich eine Krankheit dieser Altersclasse.

Geringer als in der eigentlichen Periode der Reife ist die Disposition im späteren Alter und im Senium. Doch fällt in diese Lebenszeit das Climacterium bei Frauen, dessen Involutionsvorgänge wie normale, so auch krankhafte psychische Veränderungen nicht ganz selten herbeiführen. Die Wandlungen im seelischen Gesammtverhalten, welche das Greisenalter mit sich bringt, überschreiten bei beiden Geschlechtern bisweilen ebenfalls die Breite der Gesundheit, so dass der alte Satz: senectus ipsa morbus auch auf die psychischen Lebensäusserungen Anwendung findet. Manche Autoren unterscheiden daher ein klimakterisches [1]) Irresein, das bei Frauen vorkommt (Skae und Maudsley vindiciren auch dem

1) Literatur: Schlager, Allg. Zeitschr. f. Psych. XV. S. 48. — Morel, Traité etc. S. 196. — Skae, Edinb. med. Journ. 1865. Febr. S. 703. — Louis Mayer, Die Bezieh. d. krankh. Zust. u. Vorg. in d. Sex.-org. d. Weibes z. Geistesstör. Berl. 1869. S. 54. — Conklin, Amer. Journ. of med. Sc. Oct. 1871. S. 365. — Guéneau de Mussy, Gaz. hebdom. 1871. Nr. 37. — v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. für Psych. XXXIV. H. 4. — Fielding-Blandford, a. a. O. Vorl. III.

männlichen Geschlechte ein Climacterium mit Disposition zu specifischer Geistesstörung) und allgemein spricht man seit langer Zeit von senilen [1]) Psychosen.

Obwohl im Climacterium (bei Frauen) verschiedene Psychosen: Dementia paralytica, religiös-expansiver Wahnsinn, circuläres Irresein, acutes Delirium, Nymphomanie (L. Mayer, v. Krafft-Ebing) vorkommen können, depressive Alienationen mit sexuellen Aufregungen und Begierden, welche den Psychosen specifische Färbungen verleihen, scheinen in der kritischen Periode am häufigsten zu sein. Man gibt als Vorläufer des klimakterischen Irreseins an: Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, misstrauisches Wesen, Furcht vor unbestimmtem Uebel, Zerstreutsein, hysterische Symptome (Schlager, Skae, v. Krafft-Ebing). Die Alienation selbst ist entweder Melancholia simplex, Melancholie mit Angst, dabei Gewissensskrupel wegen der sexuellen Begierden und ihrer Befriedigung (erotische Krisen, Guéneau de Mussy), sodann Versündigungswahn, oder es entwickelt sich jenes Verfolgungsdelirium, das als Wahn ehelicher Untreue bezeichnet wird (Morel), hallucinatorischer Verfolgungswahn mit sexuellem Delirium, Vergiftungswahn mit Geruchshallucinationen (giftige Dünste), elektromagnetischer Verfolgungswahn, mit einem Worte solche Psychosen, welche von manchen auch zur primären depressiven Verrücktheit gestellt werden (Samt, v. Krafft-Ebing). Lebensüberdruss mit Neigung zum Selbstmord kommt ebenfalls vor.

Die senilen Geistesstörungen haben bei Verschiedenheit der Krankheitsbilder bestimmte gemeinsame Charaktere. Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche, Trägheit des Denkens, Stimmungswechsel, Reizbarkeit, Eigensinn bei einer gewissen Energielosigkeit, Schwäche der ästhetischen Gefühle, Misstrauen, Geiz, Neigung zum Tadeln und Zanken — alles Erscheinungen, welche bei hochbejahrten Leuten als Zeichen des geistigen Marasmus auftreten, sind auch in den Krankheitsbildern des senilen Irreseins enthalten, deren Rahmen stets der Schwachsinn (Dementia senilis) ausmacht. Specifisch sind, wie es scheint, gewisse Prodromalerscheinungen: Agrypnie, Appetitsstörungen, Schwindel, apoplektiforme Anfälle, Charakterwandlungen, dann im Verlaufe nächtliche Exacerbationen, endlich der häufige Ausgang in apathischen Blödsinn. Als Manie kann man das senile Irresein auffassen, wenn jugendlicher Uebermuth und Kraftgefühl oder mehr kindische Heiterkeit mit läppischem Lachen, planlose Vielgeschäftigkeit, Umherflaniren, extreme Geschwätzigkeit sich zeigen, dabei aber die Merkmale von bedeutender Zerfahrenheit, Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche deutlich hervortreten in Verwechselung von Personen, Sachen und Localitäten, speciell im Wieder-

1) Zur Literatur: Friedreich, a. a. O. Nr. 829 ff. — Erlenmeyer, Gehirnatrophie d. Erw. Neuwied 1851. — Durand-Fardel, Greisenkrankh., deutsch v. Ullmann. Würzb. 1858. S. 74, 157. — Güntz, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXX. S. 102. — Wille, ibid. S. 269. — Browne, Crichton, Brit. med. Journ. 1874. May 9, 16; S. 601, 640. — v. Krafft-Ebing, Gerichtl. Psychopathol. u.s.w. S. 136.

erzählen derselben Dinge, Kramen in den eigenen, Aneignung von fremden Effecten, Sichirregehen u. s. w. Gesellt sich zu alledem noch sexuelle Aufregung, so kommt es zu schamlosen Handlungen aller Art, Masturbation, Herumtreiben in Bordellen bei Männern, zu erotischen Delirien bei Frauen, welche letztere fixirt das seltsame Phänomen der Erotomanie alter Weiber (wie z. B. in zwei Fällen bei Esquirol) vorführen. — Andererseits kommen melancholische Zustände vor. Als einfache Schwermuth bieten sie das Bild eines mürrischen Dämmerzustandes mit starker Disposition zu Stimmungsmischung (Rührbarkeit), zu unmotivirtem Weinen. Dabei kann Lebensüberdruss bestehen, der nicht selten zum Suicidium führt, oder es entwickelt sich Melancholie mit Präcordialangst, hypochondrische Schwermuth mit monströsen Wahnideen (gestorben, verfault zu sein), endlich hallucinatorischer Verfolgungswahn (delirirte Nachstellungen durch Diebe, Mörder u. s. w.) mit entsprechenden Handlungen (v. Krafft-Ebing). — Seltener nimmt das senile Irresein den Charakter der moral insanity an: zu Mangel an Decenz tritt faunenhafte Lust am Obscönen hinzu, Vergnügen am Verleumden, an Lug und Trug, Gier nach fremdem Eigenthum compliciren sich mit moralischem Nihilismus. — Schreitet die senile Demenz bis zum Blödsinn fort, so wähnen die Kranken in Folge erloschener Erinnerungen an die späteren Lebensperioden wohl noch jung, ja Kinder zu sein, verlangen nach der Mutter, den Spielsachen, fürchten sich vor Schlägen u. s. w. — Den Abschluss macht endlich ein Zustand apathischen Blödsinns.

Wieder etwas geringer scheint die Prädisposition zu sein im Jugendalter, in dem Zeitraum von 16—25 Jahren. Diese Altersklasse ist in den Statistiken mit ähnlichen Zahlen wie das spätere Mannes- und Greisenalter vertreten, zählt aber selbstverständlich viel mehr Köpfe. Man beobachtet bei Individuen dieses Alters fast alle Psychosen, die auch in den übrigen Lebensabschnitten vorkommen. Als charakteristisch für die in Rede stehende Lebensperiode wird von Kahlbaum und Hecker die sogenannte Hebephrenie bezeichnet.

Die Hebephrenie[1]) kommt in der Regel bei 18—22jährigen Individuen vorwiegend männlichen Geschlechtes vor; sie beginnt mit Melancholie, welche sich in Traurigkeit, gedrückter, weichlicher Gefühls- und Liebesschwärmerei, zerknirschten Selbstanklagen und Versündigungswahn oder Verfolgungsideen zu erkennen gibt, jedoch in jeder Form durch eine gewisse Oberflächlichkeit ausgezeichnet ist und den Eindruck erweckt, als spielten und kokettirten die Kranken mit ihren emphatisch geäusserten Gemüthszuständen. Bei allem Lamentiren können sich dieselben heiterer Einfälle, alberner Scherze und zugehörigen

1) E. Hecker, Die Hebephrenie. Virchow's Archiv. Bd. LII. S. 394. — v. Rinecker hebt hervor, dass der Name besser in „Ephebephrenie" (ἔφηβος, ὁ, ἡ, Jüngling, Jungfrau) umgewandelt werden dürfte (Sitzungsber. d. phys.-med. Ges. z. Würzburg 1874/75. S. II.)

Lachens nicht erwehren. Der traurigen Verstimmung folgt ausgesprochene expansive Tobsucht mit albernen zweck- und ziellosen Handlungen, Vagabundiren u. s. w. Wo immer Wahnideen auftreten, haben sie etwas Bizarres, Gemachtes, und die Art und Weise, wie sie vorgebracht werden, bringt wieder oft den Eindruck hervor, als seien die Dinge aus Vergnügen an willkürlichen „Phantasiegebilden" (Confabulation, Kahlbaum) oder um andere zu belustigen, zu düpiren erfunden worden. Eigenthümlich geschraubtes, altklug klingendes Reden und Schreiben in wechselnden Dialekten und Jargons dienen den seichten, excentrisch verknüpften, oft abspringenden Gedanken über gewöhnliche Gegenstände oder den falschen Ideen zum Ausdruck. Hallucinationen sind nicht selten im Verlaufe der Hebephrenie; Zustände von Verwirrtheit können intercurriren; auch kommt wiederholter Wechsel der Zustandsformen Melancholie, Manie, Verwirrtheit vor. Charakteristisch aber ist für diesen psychopathischen Process, dass in den ersten Stadien schon sich beginnender Schwachsinn verräth, der rasch in wenigen bis einer Reihe von Monaten, höchstens binnen einem Jahre zur albernen Imbecillität fortschreitet und vielleicht erst nach längerem Stehenbleiben auf dieser Stufe zum Blödsinn führt.

Auch in der Pubertätszeit selbst, die ja an sich schon allerhand noch nicht krankhaft zu nennende Veränderungen im psychischen Verhalten (wie in demjenigen der Nervenapparate überhaupt) mit sich bringt, kommen auch nicht selten wirkliche Seelenstörungen vor. Melancholia simplex, die je nachdem (zumal bei Mädchen) unter den entsprechenden Lebensbedingungen in Nostalgie mit Neigung zu Gewaltthaten (Brandstiftung) übergehen, auch den Charakter religiöser, dämonomanischer Psychose annehmen kann, maniakalische Aufregungen, pathologische Charakteranomalien mit dem Zeichen moralischen Irreseins (zumal bei Knaben), endlich auch die ersten Anfänge der primären Verrücktheit (Sander) kommen bei dem Uebergange von Kindheit in das Jugendalter zur Beobachtung. Namentlich englische Autoren unterscheiden nach dem Vorgange von Skae als ätiologische Form ein Pubertäts-Irresein, eine pubescent insanity (Bucknill und Tuke, Fielding-Blandfort).

Die Disposition zu psychischen Störungen im Kindesalter[1])

1) Literatur: Aelteres bei Friedreich, Syst. Lit. u. s. w. Nr. 820—828. u. dessen Allg. Pathol. u. s. w. S. 212 ff. — Die Lehrbücher v. Esquirol, Ideler, Griesinger, Neumann, Morel, Dagonet, Maudsley u. A. — Lehrbücher d. Kinderkrankh. v. Rillet u. Bartez', West-Henoch, Steiner. — Thore, Ann. méd. psych. 1849. Janv. S. 70. — Rösch, Prager Vierteljahrschr. 1851. III. S. 115. — Romberg, Deutsche Klinik. 1851. S. 178. — Delasiauve, Gaz. des hôp. 1852. Nr. 97. S. 115. — Ideler, Charitéann. 1853. S. 310. — Ch. West, Journ. f. Kinderkrankh. 1854. Nr. 1. — Derselbe, Med. times and Gaz. 1860.

erscheint sehr gering, wenn man nur diejenigen Symptomencomplexe ins Auge fasst, welche allgemein als Geistesstörungen sensu strictiori bezeichnet werden. Dass aber in keiner anderen Lebensperiode auf unbedeutende Anlässe hin die psychischen Processe leichter in Unordnung gerathen, als gerade in der Kindheit, ist allbekannt. Diese transitorischen und acuten, meist nicht schweren Alienationen bekommt nur der Praktiker und der Kinderarzt zu sehen, in den Statistiken zählen sie natürlich nicht mit und so muss denn schon deshalb die Disposition des Kindesalters zu psychischen Störungen überhaupt grösser erachtet werden, als sie nach statistischen Erhebungen sich darstellt und darstellen kann. Weiterhin manifestiren sich originärer Schwach- und Blödsinn bereits in der Kindheit und die ersten Anfänge der psychischen Entartungen auch der conträren Sexualempfindung, der primären Verrücktheit so wie der habituellen melancholischen Zustände geben sich öfter schon im zarten Alter zu erkennen. Bei Säuglingen wird in der Regel [1]) noch gar nichts von psychopathischen Erscheinungen beobachtet. Im späteren Kindesalter und im Knabenalter erst treten sowohl die Disposition zu leichten und kurzdauernden psychischen Anomalien, als auch die Zeichen der Entwicklungshemmungen, der Entartungen bestimmter hervor und in diesen Lebensabschnitten beobachtet man auch (erworbene) Seelenstörungen im engeren Sinne.

Die durch kurze Dauer und in der Regel günstigen Verlauf gekennzeichneten psychischen Anomalien der Kinder sind vom ätiologischen Standpunkte betrachtet febrile, postfebrile, toxische, traumatische durch peripherische Reize (Helminthen, Nervenverletzung, Schmerz u. s. w.), durch centrale Irritation (Hirnhyperämie oder Anämie, Schreck, Angst) herbeigeführte Störungen; symptomatisch aber erscheinen sie entweder als melancholische Depressionen mit Angst, oder als mania-

11. Febr. S. 133. — Le Paulmier, Gaz. des hôp. 1856. Nr. 120. — Derselbe, Gaz. hebd. 1857. Nr. 34. — Güntz, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XVII. S. 187. — Thore, Ann. méd. psych. 1860. VI. S. 168. — Berkhan, Corr.-Bl. f. Psych. 1864. S. 129. — Kelp, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI. S. 75. — Chatelain, Ann. méd. psych. 1870. S. 260. — Meschede, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. S. 84. — v. Rinecker, ibid. Bd. XXXII. S. 560. — Stark, Irrenfreund. 1870. Nr. 4—6.

1) Idioten und Cretinen sollen nach Guggenbühl oft schon bei der Geburt stupiden Gesichtsausdruck zeigen. Maffei widerspricht dem auf das Bestimmteste. Der von Sander beschriebene Idiot verhielt sich in den wenigen Monaten seines Lebens sehr still und nahm gierig Nahrung. Mehrfach wird eine alte Beobachtung von Greding wiedererzählt, die einen „tobsüchtig“ geborenen Knaben betrifft, welcher nur die Säuglingsperiode durchlebte und heftigen „Zerstörungstrieb“ bei übermässiger Kraft bis zum Tode manifestirte.

kalische Aufregungen mit Ideenflucht, heiteren Delirien und adäquaten Sinnestäuschungen. Auch kommen gemischte psychopathische Zustände, Verbindungen von Exaltation und Depression (zumal mit religiösen Ideen), weiterhin unbestimmte Ideenjagd, vages Delirium oder Stupor, eventuell Combinationen, Abwechselung derartiger Zustände vor. Endlich gehören hierher die somnambulen Zustände, das alternirende Bewusstsein u. s. w. Schwach- und Blödsinn wurden bereits früher (§ 122) erwähnt. Von den Entartungen wird unten die Rede sein. — Die Geisteskrankheiten im engeren Sinne werden zwar nicht (wie Friedreich annahm) sämmtlich, aber doch zum grossen Theile auch bei Kindern beobachtet (Griesinger, v. Rinecker u. A.). So wohl ausgeprägte Melancholie mit Angst, mit Sinnestäuschungen, mit Zwangsvorstellungen, mit Agitation, Impulsen zum Selbstmord (Stark u. A., v. Rinecker), zu Gewaltthaten, Bosheiten, Unheilstiften jeder Art, welch letztere Symptomencomplexe mit Unrecht als Manie bezeichnet werden. Aechtes circuläres Irresein beobachtete Kelp bei einem Kinde von 13 Jahren. Versündigungs-, Verfolgungs-, Besessenheitsdelirien, andererseits Grössenideen kommen bei Kindern in Verbindung mit Gemüthsverstimmungen leicht einmal zu Stande, doch bilden sich, wenn überhaupt, nur sehr selten eigentliche Wahnformen [1]) und Verrücktheit völlig aus (Fälle von Meschede u. A.). Dafür aber gehen die Primärformen leicht in Zustände von Verwirrtheit (aufgeregte, versatile Form des erworbenen Blödsinns) über. Die progressive Paralyse kommt im Kindesalter niemals vor.

Im Verlaufe der infantilen Seelenstörungen werden häufiger beobachtet Anfälle von Stupor, Umnebelung des Bewusstseins, pathologische Schlafzustände (Somnambulismus, Coma vigil u. s. w.), Neigung zum Beissen, Zufahren auf glänzende Gegenstände, Schreiparoxysmen, Singen, Declamiren, Imitation von Lauten und Bewegungen aller Art, dann epileptiforme, choreatische Krämpfe, kataleptische Zustände oder Mischformen derartiger Störungen, Lach- und Weinkrämpfe; endlich auch Hyperästhesie mit gesteigerter Reflexreizbarkeit, Anästhesien.

Geschlecht. Die Disposition zu psychischen Störungen darf nach statistischen Ermittelungen als im Ganzen gleich bei beiden Geschlechtern erachtet werden. Was aber die verschiedenen Formen des Irreseins anlangt, so begründet das Geschlecht theils ausschliesslich, theils mehr oder weniger bestimmt hervortretende Prädispositionen. Für einige ätiologische Irreseinsformen versteht sich das erstere von selbst; dies sind die menstruellen, Schwangerschafts-, Puerperal- und Lactationspsychosen, klimakterisches, hysterisches Irresein; sodann ist die Nymphomanie eigentlich nur Krankheit des weiblichen Geschlechts; erbliches Irresein, habituell melancholische

1) Was Güntz a. a. O. als „Wahnsinn der Schulkinder" beschrieben hat, ist nicht Wahnsinn sensu strictiori. Auf das Nähere kann hier nicht eingegangen werden.

Zustände, Dämonomelancholie, folie circulaire, neuralgische Dysphrenie kommen wenigstens häufiger bei diesen vor. Männliches Geschlecht prädisponirt ganz überwiegend zur primären Verrücktheit, zu Paralysis progrediens wie überhaupt zu progressiv verlaufenden Psychosen, dann zu alkoholischem, traumatischem Irresein, zu hypochondrischen, endlich zu transitorischen Psychosen. Als specifisch für das männliche Geschlecht könnten höchstens die Seelenstörungen in Folge des Felddienstes bezeichnet werden. Die specifische Natur derselben steht aber noch nicht fest.

Es ist also nur im weiblichen Geschlechte eine ausschliessliche Prädisposition zu gewissen Irreseinsformen gegeben. Wir betrachten hier kurz diejenigen Seelenstörungen, deren Entwickelung gewisse physiologische Vorgänge im weiblichen Organismus Vorschub leisten.

Menstruelles Irresein[1]) kommt nach v. Krafft-Ebing, dem wir hier folgen, ganz vorzugsweise bei erblich Belasteten vor und stellt sich dar als eine krankhafte Steigerung der noch physiologischen Abweichungen in den Functionen der Nervenapparate, welche zur Zeit der Periode auftreten. Dasselbe ist meist Manie, die ohne schwermüthiges Vorstadium beginnt, doch kommt auch Melancholie mit peinlichen Erwartungsaffecten vor. Im Anfalle, den Kopfschmerz, Agrypnie, Gemüthsreizbarkeit einleiten, wird rasch die wie gesagt in der Regel maniakalische Acme erreicht, es entsteht zugleich eine charakteristische tiefe Entstellung der Physiognomie bis zur Unkenntlichkeit. Die Remissionen sind unbedeutend, die Störung endigt kritisch und weicht rasch dem Zustande relativen Normalverhaltens (die interparoxysmelle Zeit ist meist nicht ganz frei von psychischen Anomalien). Die einzelnen Anfälle stimmen bis ins Detail unter einander überein.

Die psychischen Störungen in der Schwangerschaft, im Wochenbette, in der Lactationsperiode fasst Ripping, dessen so eben erschienener Monographie wir folgen, als Puerperalpsychosen[2]) im weiteren Sinne zusammen. Es prävalirt in dieser Gruppe die Melancholie, demnächst die Manie, seltener ist primärer Wahnsinn (Verrücktheit), ausnahmsweise kommen Delirium acutum, Folie circulaire vor, niemals beobachtet man epileptisches und progressives Irresein. Complicirte Formen sind Melancholie mit nachfolgender Manie, nachfolgendem Wahnsinn, Manie mit Wahnsinn, mit Melancholie im Gefolge. — Die Schwangerschaftspsychosen treten am häufigsten auf in den spätern Monaten, bei erster, bei ausserehelicher Gravidität, sind meist einfache Melancholien mit traumartiger Bewusstseinsumnebelung, Neigung zu Selbstmord, selten und nur bei erblich Belasteten kommt Melancholie, die in Manie oder Wahnsinn übergeht, vor. Manie (mit kurzem melancholischen Initialstadium) beobachtet

1) v. Krafft-Ebing, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VIII. S. 65 ff. Daselbst auch Literaturangaben.

2) Ripping, Die Geistesstörungen der Schwangern, Wöchnerinnen u. Säugenden. Stuttgart 1877. Daselbst die wichtigsten Literaturstücke angegeben.

man nur bei nicht erblich Disponirten. Hallucinationen der verschiedensten Sinne sind häufig. Die Dauer beträgt circa neun Monate; die Prognose ist ziemlich ungünstig.

Die transitorischen Psychosen der Gebärenden und Neuentbundenen, welche Ripping aus seiner Monographie ausschliesst, sind von Krafft-Ebing[1]) beschrieben und classificirt worden. Er unterscheidet 1) pathologische Verzweifelungsaffecte mit Sinnesverwirrung und entsprechenden Gewaltthaten (Tödtung des Kindes), die bei ausserehelich Gebärenden in Folge des Zusammenwirkens von Scham, Sorge um die Zukunft mit Erschöpfung und Irritation des Nervensystems durch den Wehenschmerz ausbrechen. 2) Delirium nervosum entsprechend der Dysthymia neuralgica mit Wuthparoxysmen, Neigung zu Gewaltthaten an dem Kind, der Ursache des Schmerzes. 3) Eigentliche Mania transitoria (§ 136) während der letzten Geburtsperioden oder gleich nach der Entbindung. 4) Transitorische, während und nach der Geburt auftretende, Delirien epileptischer, hysterischer Natur, die mit Krampfanfällen sich verbinden oder alterniren. 5) Delirium febrile in Folge bestehender oder beginnender fieberhafter Krankheiten. Allen diesen Psychosen kommt als charakteristisches Symptom Amnesie zu.

Die Psychosen des Wochenbettes entstehen (nach Ripping) zumal bei Erstgebärenden, meist gegen Ende der ersten Puerperiumswoche. Schwere Geburt, Blutungen, Wochenbetterkrankungen, Tod des Kindes sind besondere ätiologische Momente. Melancholie und Manie bilden die Hauptformen; erstere prävalirt bei über 30 Jahre alten Mehrgebärenden, tritt in der Regel bald nach der Entbindung auf, nimmt gern die Form der Schwermuth mit Stupor an und complicirt sich später oft mit heftiger sexueller Reizung (vehemente Masturbation) bei fortdauernder Stupidität. Seltener ist agitirte Melancholie mit Impulsen zum Vernichten, zu Gewaltthaten gegen das Kind, den Mann u. s. w. Die Schwermuth kann in Manie, Wahnsinn (Verrücktheit) übergehen, ausnahmsweise Glied des circulären Irreseins darstellen. Die Manie kommt zumal bei Frauen unter 30 Jahren vor und bricht zu Ende der ersten oder Anfang der zweiten Puerperiumswoche unter febrilen Symptomen aus: grosse Begehrlichkeit und Wünsche, Ideenflucht, Geschwätzigkeit, Agitation, häufiger, rapider Stimmungswechsel bei gehobener oft aber gereizter (daher eben nicht eigentlich maniakalischer) Stimmung machen die Haupterscheinungen aus. In allen Formen der Wochenbettspsychosen sind Hallucinationen sehr häufig (Fürstner's hall. Irres. d. Wöchn.). Die Dauer beträgt meist acht Monate, die Prognose ist relativ günstig. — Analoge Verhältnisse bietet auch das Irresein nach Abortus, es zeichnet sich nur durch massenhafte, zumal Gesichtshallucinationen und durch kurze Dauer aus. —

Die Lactationspsychosen treten meistens im 4. oder 5. Monate post partum auf; durch rasch sich folgende Wochenbetten und langes Stillen geschwächte Frauen, also Mehrgebärende, stellen das

1) v. Krafft-Ebing, Die trans. Störungen des Selbstbewusstseins u. s. w. Erlangen 1860. S. 112 ff. Daselbst auch zahlreiche Literaturangaben.

Hauptcontingent. Melancholie mit misstrauischen Gedanken bis zu wirklichen Verfolgungsdelirien ist am häufigsten. In einer Anzahl von Fällen folgt Wahnsinn nach; andere combinirte Formen und Manie sind seltener. Bei den Lactationspsychosen überwiegen die Gehörshallucinationen. Die Prognose ist nicht so günstig wie bei den Seelenstörungen im Wochenbett, aber besser als bei den Schwangerschaftspsychosen.

§ 143. Es ist nur wenig Zuverlässiges darüber bekannt, in wie weit allgemeine sociale, politische, religiöse Verhältnisse von Einfluss sind auf die generelle Prädisposition zu psychischen Störungen. Als feststehend darf aber betrachtet werden, dass lediger Stand und Verwittwung die Krankheitsanlage steigern, dass besser situirte Klassen der Bevölkerung ein geringeres Contingent an Irreseinsfällen liefern, als der bei harter Arbeit (geistiger oder körperlicher) in Sorge und Dürftigkeit lebende Antheil der Population. Ueber die Krankheitsanlagen, welche die Glaubensbekenntnisse, gewisse Berufs- und Beschäftigungsarten, Gestaltungen der Lebensverhältnisse u. s. w. begründen, liegen allerdings mancherlei allgemeinere und specielle Erfahrungen vor, aber es ist schwierig, gerade bei diesen Dingen überall die Begriffe allgemeiner und individueller Disposition genau auseinanderzuhalten.

Man weiss oder nimmt wenigstens an, dass Prädisposition zum Irresein vorwalte beim Militair, bei Individuen, die eine sitzende oder ruhelose mit Excessen irgend welcher Art verbundene Lebensweise führen, bei solchen, die verschiedenen gewerblichen Vergiftungen ausgesetzt sind, bei Lehrerinnen und Gouvernanten (England), bei Prostituirten, specieller lehrt die Erfahrung, dass Hypochondrie und hypochondrisches Irresein häufiger vorkommen bei Pensionären und freiwillig in den Ruhestand getretenen, die ein thätiges Leben hinter sich haben, dass die progressive Paralyse besonders häufig bei Berufssoldaten (Officieren), Zollbeamten, Kaufleuten, Feuerarbeitern, auch bei Bäckern und Köchen vorkomme, alkoholisches Irresein vorwiege bei Matrosen, Küfern, Wirthen u. s. w.

Neuere Erfahrungen sprechen dafür, dass beim Militair in Kriegszeiten [1]) die Disposition zu Psychosen wachse. Nach den Beobachtungen von Nasse, Arndt, Jolly u. A. kommen unter diesen Bedingungen hypochondrisches Irresein, Melancholie mit Angst, mit Hallucinationen (zumal des Gehörs), Tobsucht, Wahnsinn, einfacher (primärer) Blödsinn und besonders progressive Paralyse vor. Die Form bietet also nichts Charakteristisches, dafür aber die baldige

1) Zur Literatur: Nasse, Allg. Zeitschr. f. Phsych. Bd. XXVII. S. 517. — Derselbe, ibid. Bd. XXX. S. 62 u. 64. — M. Huppert, ibid. Bd. XXVIII. S. 325. — Ideler, ibid. Bd. XXIX. S. 598. — Arndt, ibid. Bd. XXX. S. 64 ff. — Jolly, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. III. S. 442.

Entwickelung allgemeiner geistiger Energielosigkeit, die sich oft erschreckend rasch bis zum Schwachsinn steigert; begleitende motorische Störungen werden als häufig vorkommend erwähnt. Wenn auch in vielen Fällen dergestalt nur schon bestandene individuelle Prädisposition zur Manifestation gelangte, die Strapatzen des Krieges an sich, dazu noch schlechte Ernährung, Trunk, Aufregungen und Gemüthsbewegungen jeder Art, Verwundung, anderweitige Traumata, Insolalation, endlich Infectionskrankheiten, alles Gelegenheitsursachen der Geistesstörungen, sind unter solchen Lebensbedingungen häufiger und vermögen, zumal wenn sie sich paaren oder gar häufen, auch bei individuell gar nicht Prädisponirten Psychosen herbeizuführen.

Von dem Irresein der Mystiker (Charbonnier) und demjenigen der Bummler und Vagabunden (Koster), vom „Verbrecherwahnsinn“ (Solbrig) kann hier deshalb nicht die Rede sein, weil sich nach den vorliegenden Beobachtungen nicht die Wirkungen gewisser religiöser und socialer Verhältnisse, sondern doch nur diejenigen der individuellen Prädisposition in den Irreseinsformen spiegeln. Anders scheint es zu sein mit der

Gefangenschaft[1]). Wie dieselbe bei schon vorhandener individueller Krankheitsanlage als energische Gelegenheitsursache wirkt, so begründet sie auch Prädisposition zum Irresein überhaupt. Zumal die längere strenge Einzelhaft und das Schweigsystem (Ferrus, Winslow, Boucher, Joret, Delbrück, Gutsch u. A.), aber auch kurze Untersuchungs- oder Strafhaft (Reich) begünstigen das Zustandekommen von Seelenstörungen. Wenn das Irresein acut in den ersten Tagen der Gefangenschaft ausbricht, so hat es nach Reich entweder den Charakter des hallucinatorischen Verfolgungswahns (Gehörsphantasmen), der ohne besonders auffällige Prodrome (Verstimmung u. s. w.) einsetzt, oder es entsteht heftiger, zorniger Affect über vermeintliche unrechtmässige Verurtheilung und Inhaftirung, dabei Tobsucht, Zerstörungstrieb, der sich gegen die verhasste Umgebung richtet, endlich entwickelt sich in vielen Fällen aus einem schmerzlichen Zustande psychischer Erstarrung und dumpfen Hinbrütens unter Zutritt von Sinnestäuschungen rasch Dämonomelancholie oder Vergiftungswahn mit Nahrungsverweigerung; bedeutende Bewusstseinsstörung, intercurrente Angst- und Wuthanfälle sind gewöhnlich, Neigung zum Selbstmord, Congestionen zum Kopf, kleiner Puls, klonische Krämpfe, Neuralgien häufig bei dieser Form vorhanden, welche nach Reich den eigentlichen Gefängnisswahn ausmacht. Das mehr chronische Irresein, welches sich nach Delbrück und Gutsch zumal in den ersten Jahren längerer Einzelhaft und zwar häufiger bei Verbrechern aus Leidenschaft als bei Dieben entwickelt, ist entweder ebenfalls Verfolgungswahn

1) Zur Literatur: Canst. Jahrb. 1848. III. S. 20; dann Griesinger, Path. u. Ther. d. psych. Krankh. II. Aufl. S. 153. Ferner: Ferrus, Gaz. des hôp. 1851. Nr. 16. — Parrish, Journ. of psych. Med. 1852. S. 410. — Sauze, ibid. 1857. Nr. 52—53. — Gutsch, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XIX. S. 1. — Delbrück, ibid. Bd. XX. S. 441. — Reich, ibid. Bd. XXVII. S. 405. — Hurel, Ann. méd.-psych. 1875. Mars, Mai.

(Gutsch) oder die Kranken zeigen Tendenz das Verbrechen ganz zu negiren, die Unrechtmässigkeit der Verurtheilung und Haft, die baldige Erlangung der Freiheit sich vorzuspiegeln (Delbrück).

§ 144. Die atmosphärischen, tellurischen und siderischen Einflüsse, Jahres- und Tageszeiten (Wärme und Licht) wirken wie auf den Verlauf und die Gestaltung des Irreseins so auch als Gelegenheitsursachen bei schon vorhandener Prädisposition entschieden ein. Ob sie aber die allgemeine Krankheitsanlage zu Psychosen wesentlich modificiren, mag als nicht erwiesen dahin gestellt bleiben. Der Einfluss des Klimas würde sich natürlich gleich demjenigen der Nationalität nur an der Hand genauer Statistiken durch Vergleichung abschätzen lassen. In einer Hinsicht wenigstens ist die Bedeutung von Elevation und Configuration des Bodens unzweifelhaft; der endemische Cretinismus hat bestimmte Grenzen, er findet sich zumal in den grossen Gebirgen und ihren Ausläufern: in den Alpen, den Pyrenäen, dem Himalaja, den Cordilleren, während er an den Küstenländern fehlt.

§ 145. Endlich ist noch derjenigen Einflüsse zu gedenken, welche gelegentlich auf grosse Massen von Menschen in gleicher Weise einwirken, wie politische Katastrophen, sociale und kirchliche Bewegungen, sodann grosse Seuchen, Hungersnoth und gewaltige deletäre Naturwirkungen jeder Art. Für die heutigen Culturvölker der gemässigten Zone sind zumal die ersteren Potenzen von Bedeutung; die Entwicklungsvorgänge der Nationen drängen ja naturgemäss auf derartige Schwankungen in den Lebensverhältnissen hin. Unterliegt es auch keinem Zweifel, dass mit denselben oft die Frequenz der beobachteten Fälle von Seelenstörung etwas zunehme, so ist doch nicht zu vergessen, dass viele individuell Prädisponirte in Folge dieser Einflüsse erkranken, welche unter anderen günstigen Bedingungen noch (relativ) gesund geblieben wären, dass in Zeiten der Bedrängniss weniger Irre zu Hause verpflegt werden, als sonst.

Ueber die Wirkungen der Revolution von 1848 vgl. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. VI. H. 2 u. 3; Flemming, ibid. X. S. 377; über diejenigen der politischen Ereignisse von 1870/71 in Frankreich vgl. Lunier, Annales med. Psychol. 1873. Mars, Nov.; Brierre de Boismont — Brosius, Irrenfreund. 1872. Nr. 11 u. 12; Witkowski, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. VII. S. 80.

Dass wir nicht berechtigt sind, gewisse auffällige Erscheinungen im Geistesleben, welche in früheren Epochen der Cultur- und Kirchengeschichte beobachtet wurden und noch heute hier und dort vorkommen, ohne Weiteres auf das Gebiet der Psychopathologie zu stellen, ist schon früher erwähnt worden (§ 32 ff.).

§ 146. Die individuelle Prädisposition zu psychischen Störungen, die wie erwähnt entweder angeboren (originär) oder erst im Leben erworben ist, kann nur definirt werden als ein abnormer Zustand der Centralorgane, welcher für gewöhnlich zwar latent bleiben oder sich nur in auffälligen aber nicht eigentlich pathologischen Lebensäusserungen verrathen kann, der aber sofort durch ganz entscheidende krankhafte Erscheinungen sich manifestirt, wenn der Träger aussergewöhnlichen Lebensbedingungen unterstellt ist. Somatische und psychische Schädlichkeiten verschiedener Art, die von nicht Disponirten leicht ertragen, rasch und vollkommen ausgeglichen werden, stören bei vorhandener Krankheitsanlage erheblich und für längere Dauer die „im labilen Gleichgewichte" befindlichen psychischen Processe. Das nämliche Missverhältniss zwischen Ursache und Wirkung tritt hervor, wenn individuell Prädisponirte von solchen Einflüssen betroffen werden, die erfahrungsgemäss für ätiologische Momente der Seelenstörung überhaupt gehalten werden: die Alienationen verlaufen mit heftigen Symptomen, öfter ist die Genesung verzögert oder unvollständig, es bleiben psychische Schwächezustände zurück, der Verlauf der Störung ist (langsam) progressiv. Passend hat man diesen Zustand der Centralorgane als psychische Vulnerabilität (Canstatt), als psychopathische Prädisposition, besondere höhere Krankheitsanlage (Kieser) bezeichnet und sofern eine specifische schwächliche Organisation der Substrate psychischer Lebenserscheinungen dieser Kränklichkeit zu Grunde liegen muss, von organischer Belastung gesprochen, deren Träger man auch besonders Behaftete nannte (Griesinger).

In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die angeborene Prädisposition identisch mit ererbter Anlage zu psychischer Störung. Es sind mehr Ausnahmen von der Regel, wenn lediglich solche Schädlichkeiten als Ursachen der originären Prädisposition bezeichnet werden können, welche den Organismus während des fötalen Lebens trafen.

§ 147. Erbliche Prädisposition[1]). Welche bedeutungsvolle Rolle die Erblichkeit gerade in der allgemeinen Aetiologie der

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich, Syst. Lit. u. s. w. Nr. 803—818; darunter zumal wichtig Perfect (Annalen u. s. w.), Burrows (Commentarien u. s. w.), Esquirol (Geisteskrankh. u. s. w.). — Rush, a. a. O. S. 35. — Baillarger, Gaz. méd. de Par. 1844. Nr. 14. — Derselbe, Bull. de l'acad. de méd. de Par. 1847. Tom. XII. — Leubuscher, Virchow's Arch. Bd. I. H. 1. — Hohnbaum, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. V. H. 4. — Sutherland, Am. Journ. of ins. V. 1849. S. 154. — Moreau, Un. méd. 1852. Nr. 15—18. — Derselbe,

Psychosen spiele, ist seit Jahrhunderten bekannt. Neuere Erfahrungen lehrten weiterhin die schon von Burrows betonten verwandtschaftlichen Beziehungen genauer kennen, welche zwischen gewissen Neurosen und anderen Anomalien, manchen noch nicht entschieden krankhaften psychischen Abnormitäten und den Geistesstörungen obwalten. In einer Reihe von Generationen können Neuropathien wie Epilepsie, Chorea, Hysterie, Hypochondrie, Nervosität, Neuralgien, Strabismus, örtliche Krämpfe, weiterhin Taubstummheit, (neuropathischer) Diabetes, Zwergwuchs und verschiedene Missbildungen, sodann Trunksucht, Hang zu Selbstmord und Verbrechen, Excentricität, Bizarrerie, absonderlicher Charakter, eventuell bei glänzenden intellectuellen oder künstlerischen Anlagen, ja wirklich reine Genialität, endlich Psychosen im strengsten Sinne des Wortes mit einander alterniren, d. h. nach einander bei Descendenten, neben einander bei Collateralen vorkommen.

Es ist daher die Vererbung psychischer Störung beziehungsweise die Vererbung der Disposition zu solcher nur ein besonderer Fall von erblicher Uebertragung abnormer Zustände des Nervensystems überhaupt. Andere Formen dieser Art von Erblichkeit, die selbst nur eine Phase des für die organisirte Materie gesetzmässigen

ibid. Nr. 48. — Derselbe, Psychologie morbide etc. Par. 1859. S. 101 ff. — Morel, Etudes clin. s. l. mal. ment. Par. 1853. Bd. I. S. 257 ff. — Derselbe, Traité de degéneresc. de l'ésp. hum. Par. 1857. — Derselbe, Arch. génér. de méd. 1859. Sept. u. 1867. Avril, Juni. — Derselbe, Traité des mal. ment. etc. p. 111 sqq. 513 sqq. — Schlager, Corresp.-Bl. f. Psych. 1856. Nr. 21. — Derselbe, Zeitschr. d. Wien. Aerzte. 1860. Nr. 34, 35, 48. — M. Haller, ibid. 1861. Nr. 44, 45. — Dumont, Infl. de l'hérédit. s. l. aff. ment. Angers 1862. — Maudsley, Journ. of ment. etc. VIII. 1863. S. 44. — Derselbe, ibid. IX. 1864. S. 506. — Graigner-Stewart, ibid. X. 1864. S. 50. u. Ann. méd.-psych. (übers. v. Dumesnil) 1864. — Mitivié, Ann. méd.-psych. 1864. III. S. 455. — Jung, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXI. S. 534 ff. — Derselbe, ibid. XXIII. S. 211. — Tigges, Bericht über Marsberg. Allg. Zeitschr. f. Psych. Suppl.-Heft zu Bd. XXIV. S. 161 ff. — Doutrebeute, Ann. méd.-psych. XIV. S. 197 u. 369. — Berti, Mem. d. istituto Venet. di Scinze XIV. S. A. Venetia 1869. — Legrand du Saulle, Gaz. des hôp. 1873. Nr. 81 ff. S. A. übers. v. Stark: Die erbl. Geistesstörung u. s. w. Stuttgart 1874. — Richarz, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXX. S. 658. — Ullrich, Art. V. in Hagen's Statist. Unters. u. s. w. Erl. 1876. — Zahlreiche grössere und kleinere die Erblichkeitsverhältnisse berücksichtigende Statistiken können hier nicht aufgeführt werden. Zusammenstellungen der Ergebnisse über Frequenz der Erblichkeit nach diesen Statistiken bei Griesinger, Handb. S. 156, Tigges, a. a. O. S. 161, Legrand du Saulle, a. a. O. S. 4. — Weiterhin sind zu vergleichen die Lehrbücher von Guislain, Friedreich, Feuchtersleben, Griesinger, Dagonet, Buckwill und Tuke, Leidesdorf, Maudsley Fielding-Blandfort u. s. w.

Vererbungsprocesses darstellt, sind bekanntlich die hereditäre Uebertragung der Epilepsie, Hysterie u. s. w., der Trunksucht, des Selbstmordes, Verbrechens u. s. w.

Fassen wir vorerst einmal die erbliche Uebertragung abnormer Zustände des Nervensystems als Ganzes ins Auge, so zeigt sich, dass derselben ein bestimmter Anfang, kürzerer oder längerer Verlauf durch einzelne Stadien, nämlich Generationen hindurch, endlich bestimmte Ausgänge, mithin alle Charaktere eines pathologischen Processes zukommen. Veranlassungen zum Beginn dieses pathologischen Processes können, da er nicht von ungefähr anhebt, nur gelegen sein entweder in gewissen zufälligen Schädlichkeiten, welche den Organismus eines der Begründer der Generation getroffen haben und zur Zeit der Entstehung des Descendenten noch wirksam waren, z. B. Alkoholismus, nervöse Reizung, Erschöpfung u. s. w., sodann in gewissen erworbenen Psychosen, in Nervenkrankheiten, wie Epilepsie, Hysterie u. s. w., oder wie man annimmt in naher Verwandtschaft beider Eltern. Das letztere ist jedoch noch nicht bewiesen und manche Erfahrungen sind der Annahme geradezu ungünstig [1]).

Der Verlauf des Vererbungprocesses kann in einer oder mehreren Linien der Nachkommenschaft stetig sein, indem alle Glieder einer oder mehrerer Generationen mit abnormen Zuständen des Nervensystems behaftet sind (alle mit derselben Anomalie oder die einen mit Neurosen, andere mit Trunksucht, Hang zu Selbstmord oder Verbrechen, mit Absonderlichkeiten des Charakters u. s. w., wieder andere mit Psychosen). Oder der Verlauf ist intermittirend bezw. remittirend: einzelne Glieder einer Descendentenreihe oder alle Glieder einer Generation erweisen sich frei von Neuropathien im weitesten Sinne, es schlummert jedoch in ihnen die Disposition und sie vermögen dieselbe erblich zu übertragen. Der Vererbungsvorgang verläuft progressiv, wenn bei den Descendenten schwerere Abnormitäten sich entwickeln (Hérédité morbide progressive, Morel), als in der Ascendenz vorhanden waren, d. h. wenn die epileptoiden, leicht hysterischen Zustände, Neigung zum Trinken, zum Selbstmord, zur Unehrlichkeit, die bei den Ascendenten bestanden, bei den Nachkommen wiederkehren als schwere Epilepsie, Hysterie, schwerste Trunksucht, Dipsomanie (§ 105), unbezwinglicher Selbstmordtrieb, Gewohnheitsverbrecherthum; Excentricität, Bizarrerie u. s. w. können

1) Vgl. hierzu Oesterlen, Handb. d. med. Statistik. Tübingen 1865. S. 196; Maffei u. Rösch, Neue Unters. üb. d. Kretinismus. I. S. 199; G. Darwin, Die Ehen zwischen Geschwisterkindern. Uebers. von v. d. Velde. Leipzig 1876. S. 26.

sich durch Vererbung zu wirklichem Irresein steigern und leichten Psychosen (Melancholie, Manie u. s. w.) der Vorfahren folgen häufig bei den Nachkommen schwere Seelenstörungen (periodisches, circuläres Irresein u. s. w.) und schwerste Formen (Idiotismus) nach. Progressiv nennt man auch den Vererbungsprocess, wenn auf Neurosen in der Ascendenz Seelenstörungen der Nachkommen folgen, man spricht davon, dass die hysterischen und hypochondrischen Beschwerden der Eltern und Grosseltern bei den Kindern und Enkeln sich zu völliger Geisteskrankheit „zeitigen" können (L. Meyer). Progressiver Verlauf führt schliesslich zum Erlöschen des Stammes und zwar kann dies in mehrfacher Weise geschehen: es werden sterile Idioten oder Individuen mit instinktiver Abneigung gegen die Ehe, mit Perversitäten der sexuellen Gefühle geboren, welche der Erhaltung der Art feindlich sind, oder die Descendenten sterben, soviele ihrer vielleicht waren, im zarten Alter an Hirnaffectionen (apoplektisch) oder durch Selbstmord noch ehe sie Nachkommenschaft haben.

Umgekehrt kann aber auch die Energie des Vererbungsprocesses nachlassen, er kann regressiv werden, indem aus einem mit Neuropathien behafteten Stamme nur sehr wenig prädisponirte weiterhin ganz normale, sogar hochbegabte Individuen hervorgehen, die bloss schwache, stetig abnehmende und schliesslich gar keine Prädisposition auf ihre Nachkommen übertragen, womit der Vererbungsprocess erlischt.

Was die Ursachen dieser verschiedenen Verlaufs- und Ausgangsarten des neuropathischen Vererbungsprocesses anlangt, so weiss man, dass eheliche Verbindungen zwischen Personen, die mit Abnormitäten des Nervensystems behaftet sind, dass Ehen zwischen Blutsverwandten, wenn in der Familie bereits Disposition besteht und in früheren Generationen schon solche Verbindungen geschahen [1]), stetig progressiven Verschlechterungen und schliesslichen Untergang der Rasse herbeiführendem Verlaufe günstig sind, während Kreuzungen mit gesunden und gar nicht verwandten Individuen remittirenden Verlauf und Erlöschen der Erblichkeit bedingen.

1) Combe (cit. b. Friedreich), Burrows, Sutherland (Canst. Jahrb. 1849. III. S. 28), Griesinger, Jung, Legrand du Saulle u. A. nennen in dieser Beziehung als Beispiele: Die Israeliten verschiedener Länder und Gegenden, den alten Adel in Frankreich, die schottischen Clans, die spanische Grandezza, manche Herrscherhäuser, gewisse alte Geschlechter in Deutschland, die Patricier mancher Städte und Landschaften, die Bewohner mancher entlegenen Dörfer, die Mitglieder gewisser evangelischen und katholischen Secten und Gemeinden, wo überall durch Familienheirathen Inzucht stattfindet, Vererbung und progressiver Verlauf des Vererbungsprocesses besonders häufig sind.

In den einzelnen Fällen kann die Vererbung gleichartig (sogar gleichförmig) oder ungleichartig, direct oder indirect sein, und starke oder nur schwache Prädisposition erzeugen.

Die gleichartige Vererbung interessirt uns hier nur, soweit sie sich auf Psychosen erstreckt. Sie kann in mehrfacher Weise stattfinden. Einmal kehrt die nämliche Form der Alienation, z. B. Melancholie, Manie, krankhafter Selbstmordtrieb, Schwachsinn u. s. w. bei den Descendenten wieder: dabei kann die Psychose um dieselbe Lebenszeit, auf die gleichen accidentellen Veranlassungen hin wie bei den Ascendenten sich entwickeln und den nämlichen Verlauf nehmen. Dies ist die gleichförmige Vererbung, für welche Esquirol und Moreau zahlreiche Beispiele beigebracht haben, die in Jung's Statistik die vorwiegende ist. Namentlich die Melancholie neigt nach dem letzteren stark zur Vererbung hin. Die Form der Alienation kann bei den Descendenten eine schwerere oder leichtere sein (z. B. leichtere oder schwerere Melancholie; Selbstmordgedanken oder unwiderstehlicher Trieb zum Suicidium; Halb- oder Vollcretinismus, Maffei, u. s. w.) Zweitens ist die gleichartige Vererbung ungleichförmig. Burrows und Focke hielten die transformirende Vererbung innerhalb der Art (Psychosen) im Allgemeinen, Morel und Legrand du Saulle erachten die Umwandelung mit Erzeugung immer schwererer Formen für die Regel (Hérédité progressive).

Morel unterscheidet speciell vier Klassen hereditärer Seelenstörungen, welche nichts anderes sind als die Stufen oder Stadien eines durch Generationen hindurch und zwar progressiv verlaufenden Vererbungsprocesses. Die erste Klasse wird gebildet von Steigerungen des nervösen Temperamentes, der Excentricität, der psychischen Reizbarkeit, der Hypochondrie u. s. w., die bei den Eltern vorhanden waren. Die zweite Klasse von Störungen, die durch mehrere Generationen (stetig und gleichförmig) forterben können, enthält psychopathische Zustände, die sich in „Delirien der Gefühle und Handlungen“ bei erhaltener Intelligenz offenbaren: Zustände, welche als instinktives (impulsives) moralisches Irresein, folie raisonannte, Mania sine delirio bezeichnet werden müssen. Dabei kommen wieder Excentricität und Sonderbarkeit der Ideen vor. Auf diesen beiden ersten Stufen wird nur selten geistige Schwäche, öfter gute Begabung, aber Neigung zum Deliriren nach geringen Schädlichkeiten beobachtet; die Intelligenz ist überhaupt gefährdet, indem sich leicht psychische Schwäche secundär entwickelt. Diese letztere ist in der dritten Klasse (auf der dritten Stufe) als begrenzte Intelligenz bereits originär vorhanden und verbindet sich mit instinktiver Neigung zum Bösen zu einem charakteristischen Symptomencomplexe. Die Regel ist hier Ausgang in völligen Blödsinn, der in der vierten Klasse bereits angeboren auftritt.

Was Morel geschildert hat, ist nur eine Phase der fortschreitenden transformirenden Vererbung, die gewiss häufig vorkommt. Es gibt aber noch andere parallele Phasen, und vor Allem wichtig ist, dass bei weitem nicht immer die Vererbung successive schwerere, sondern eben auch leichtere Formen von Psychosen hervorbringt, bis zur einfachen psychischen Irritabilität, welche oft der Rückstand, das einzige Zeichen der in der Familie herrschenden Krankheitsanlage ist (Jung). Sowohl dieses als der völlige Stillstand der neuropathischen Vererbung ist sogar beobachtet worden, wo der Ahnherr blödsinnig war (Berti).

Ungleichartige Vererbung, welche durch die zahlreichen genealogischen Beziehungen zwischen Neurosen, abnormen psychischen Zuständen und Seelenstörungen repräsentirt wird, ist ebenfalls eine häufige Erscheinung. Was die hereditäre Entstehung von Psychosen anlangt, so fällt das Hauptgewicht auf Epilepsie, Hysterie und Trunksucht in der Ascendenz.

Von directer Erblichkeit spricht man, wenn der hereditäre Einfluss von einem der Eltern oder von beiden zugleich ausging, von indirecter aber, wenn eines der Grosseltern oder Urgrosseltern mit Abnormitäten des Nervensystems behaftet war (Vererbung per saltum, Burrows, atavistische Heredität, Legrand du Saulle). Der Häufigkeit nach überwiegt die directe Vererbung. Dieselbe ist öfter gleichartig (dabei entweder gleichförmig oder transformirend, progressiv oder regressiv), seltener findet ungleichartige Vererbung statt. Ist die Erblichkeit in einem Falle indirect, so fehlt es gewöhnlich nicht an Neuropathien, abnormen psychischen Zuständen, Geistesstörungen in den Seitenlinien, welche zur Descendenz der Vorfahren des Betroffenen mitgehören. Ja man nimmt auch indirecte Vererbung an, wenn bei Onkel oder Tante sich dergleichen findet und über die Grosseltern u. s. w. nichts Bestimmtes bekannt ist.

Die Resultate der Irrenstatistik bestätigen die Annahme Esquirol's, dass im Ganzen der mütterliche Einfluss bei der Vererbung grösser als der väterliche sei. (Ullrich[1]) hat freilich neuerdings bezüglich der directen Erblichkeit allein ein Ueberwiegen des väterlichen Einflusses constatirt.) Was die einzelnen Formen des Irreseins und gewisse abnorme Zustände des Nervensystems, die sich hereditär transformiren können, anlangt, so gibt es allerdings Ausnahmen von jener Regel; Geisteskrankheit, Trunksucht des Vaters, Rausch desselben bei der Zeugung begründen zumal Idiotismus und

1) In Hagen, Statist. Unters. u. s. w. Abschn. V.

Anlage zu acutem Irresein (Trunksucht specieller zu Nymphomanie). Auch ist Cretinismus des Vaters ungleich leichter übertragbar als solcher der Mutter (Rösch).

Ein besonderer Fall der directen Vererbung ist der von beiden Eltern ausgehende Einfluss, sei es, dass sie beide psychisch krank oder nur eines von ihnen alienirt, das andere aber mit sonstigen erblicher Wirkungen fähigen Abnormitäten des Nervensystems behaftet waren. Legrand du Saulle nimmt an, dass bei Geisteskrankheit beider Eltern die günstigste Gelegenheit zum Entstehen von originärem Schwachsinn sei und er nennt diese Art der Vererbung die cumulative, welche schwerste angeborene Formen von Geistesstörung erzeuge. Burrows, Jung u. A. haben aber bereits durch Beobachtungen bewiesen, dass unter solchen Bedingungen auch gleichförmige Vererbung vorkommt (z. B. Melancholie beider Eltern: Melancholie der Kinder). Ullrich fand wiederum, dass Geisteskrankheit beider Eltern vorwiegend chronische progressive Irreseinsformen nach sich ziehe, was im Ganzen auch für cumulative Wirkung des Irreseins beider Eltern spricht.

Was die Descendenz anlangt, so darf man nach statistischen Untersuchungen für gewiss halten, dass weibliches Geschlecht besonders zu erblichen Psychosen prädisponirt: die Töchter werden von der Mutter stärker, vom Vater nicht so erheblich, aber immer noch mehr als die Söhne beeinflusst. Weiterhin steht fest, dass hereditär begründetes Irresein im Allgemeinen am häufigsten in der Lebensperiode von der beginnenden Pubertät bis zum 20. Jahre sich entwickelt (nach einigen Statistiken kommt in späteren Jahren noch einmal eine besonders gefährliche Epoche), dass Ledige demselben in höherem Grade ausgesetzt sind als Verheirathete. Endlich stimmen mehrere Autoren darin überein, dass diejenigen Descendenten am stärksten zu erblichem Irresein incliniren, welche den geisteskranken Ascendenten in Constitution, Habitus, Temperament am meisten gleichen.

Burrows nahm an, dass mit der physiognomischen Aehnlichkeit auch die ganze Constitution und die psychopathische Anlage vererbt würde. Moreau dagegen neigt zu der Ansicht, dass die Descendenten von dem einen Erzeuger Physiognomie und Habitus, von dem andern aber die Eigenschaften des Nervensystems ererben, die psychopathische Prädisposition also bei denjenigen Descendenten vorhanden sei, welche dem behafteten Erzeuger äusserlich nicht gleichen. Jung stellt folgenden Satz auf: „Hat ein Kind Temperament und Charakter eines seiner Eltern (Grosseltern und Elterngeschwister) ererbt, und wird dieser sein Erblasser geisteskrank, so wird es fast sicher geisteskrank

und mit hoher Wahrscheinlichkeit in derselben Form." Richarz findet folgende Reihe von Graden erblicher Prädisposition: I. Mutter behaftet: 1. Tochter, die der Mutter gleicht, 2. Sohn, der der Mutter gleicht, 3. Sohn, der dem Vater gleicht (oder 2. und 3. in umgekehrter Folge), 4. Tochter, die dem Vater gleicht. II. Vater behaftet: 5. Sohn, der dem Vater gleicht, 6. Tochter, die dem Vater gleicht, 7. Tochter, die der Mutter gleicht (oder 6. und 7. in umgekehrter Folge), 8. Sohn, der der Mutter gleicht; es hätte demnach 1. die grösste, 8. die geringste Anwartschaft auf die verhängnissvolle Erbschaft.

Die statistischen Angaben über die Häufigkeit erblicher Seelenstörungen schwanken in ungeheurer Breite: zwischen 4 % und 90 %. Eine wesentliche Ursache dieser Differenz liegt darin, dass der Begriff Erblichkeit sehr verschieden von den Berichterstattern gefasst wird. So lässt z. B. Schlager nur diejenigen Fälle hereditär sein, wo vor oder während der Erzeugung eines der Eltern geisteskrank war, er findet 4 % erbliche Fälle; Burrows und Moreau wieder nehmen Erblichkeit schon da an, wo in der Blutsverwandtschaft irgend welche Functionsanomalie des Nervensystems vorhanden ist, sie finden dem entsprechend 90 % erbliche Fälle. Dazu kommt noch, dass natürliche Differenzen bezüglich des Beobachtungsmaterials obwalten: die Erblichkeit muss nothwendig häufiger in Bezirken und Gesellschaftsschichten sein, wo Familienheirathen etwas gewöhnliches sind; sie wird umgekehrt seltener erscheinen, als sie wirklich ist, wenn das Gros der Fälle aus armen, ungebildeten Individuen besteht, die über ihre Familienverhältnisse nichts wissen oder unfähig sind, bestimmte Angaben zu machen. Wie vor 50 Jahren Burrows, so hebt neuerdings Legrand du Saulle hervor, dass die Kranken und ihre Angehörigen oft die erbliche Prädisposition absichtlich verschweigen oder geradezu in Abrede stellen. Auch mag, wie der letztere Autor will, der Ehebruch hie und da eine Fehlerquelle abgeben.

Die Frage, ob die Psychosen erblich Prädisponirter hinreichend specifische Eigenthümlichkeiten darbieten, um unter dem Begriffe erbliches Irresein, erbliche Seelenstörung (folie hereditaire) mit Recht als nosologische Gruppe aufzutreten, ist eine Frage der Neuzeit, die in verschiedenem Sinne beantwortet wird.

Schon Damerow[1]) bezeichnete 1853 einige Merkmale als charakteristisch für Seelenstörung mit und aus erblicher Prädisposition. Durch die bedeutenden Forschungen Moreau's und Morel's über neuropathische Vererbung, denen sich die Auseinandersetzungen Legrand du Saulle's modificirend und erweiternd anschlossen, schien die Lehre von der Specifität der erblichen Seelenstörungen bestimmtere Fassung zu gewinnen. Zunächst ist jener Satz von Damerow, dass bei hereditär Disponirten häufig die ausgeprägten psychopathischen Symptomencomplexe vermisst, dafür aber solche beobachtet würden, in denen gesunde und krankhafte Seelenäusserungen gemischt, ver-

1) Damerow, Sefeloge. Eine Wahnsinnsstudie. Halle 1853. S. 55.

schwommen erscheinen — auch Fundamentalsatz der genannten drei französischen Autoren (Moreau's état mixte). Westphal betonte ebenfalls (1864) das eigenthümliche Gemisch von Vernunft und Störung bei erblich Geisteskranken [1]). Morel und Legrand du Saulle finden dieses Verhältniss sogar bei hereditär veranlasstem Idiotismus, indem sie geltend machen, dass bei diesen Wesen gewisse Talentirungen und ganz einseitige intellectuelle Befähigungen vorhanden sind und gegen die geistige Schwäche gerade so hervorstechen, wie sie bei anderen „Erblichen" mit der allgemeinen Unordnung im Denken und Fühlen contrastiren.

Es kommen jedoch, wie Moreau selbst eingehend erörtert, Mischformen auch bei Individuen vor, welche erblich nicht belastet sind, und die hereditäre Prädisposition schliesst die Entwickelung ausgeprägter Seelenstörungen mit dem Charakter der Melancholie, Manie u. s. w. nicht nur nicht aus, sondern es entwickeln sich diese Formen bei Erblichen, wie Jung statistisch nachgewiesen hat, sogar recht oft. Ein besonderes Gewicht legen Morel und Legrand du Saulle auf die erbliche Herkunft des instinktiven (impulsiven) und moralischen Irreseins, allein auch diese Störungen sind bekanntlich nicht unbedingt an die erbliche Uebertragung gebunden. Endlich kann der angeborene Schwach- und Blödsinn auftreten, ohne dass die Eltern oder eine Reihe von Generationen bereits mit Abnormitäten des Nervensystems wären behaftet gewesen, z. B. wenn die Erzeuger sehr jung, sehr alt waren, sehr kümmerlich oder in Gegenden lebten, wo Cretinismus endemisch vorkommt (Rösch). Alle diese Thatsachen sind entschieden dem Satze ungünstig, dass die hereditär begründeten Psychosen symptomatisch etwas specifisches haben. Die Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder dürfte gerade am wenigsten für die nosologische Abgrenzung der Gruppe bürgen.

Weiterhin wird hervorgehoben, dass bei erblich Belasteten sehr kleine Anlässe genügen, um psychische Störung, speciell Deliriren hervorzurufen (Morel, Legrand du Saulle). Das ist wieder nur ein Symptom der besonderen Prädisposition, die wie angeerbt so auch erworben sein kann. Damerow betont, dass die erblich Belasteten unverhältnissmässig bald im „Wahnsinn" so heimisch seien, wie verjährte erblich freie Fälle, und von Morel und Legrand du Saulle wird die Neigung dieser Kranken, ihre falschen Vorstellungen festzuhalten und zu systematisiren, als specifisch bezeichnet. Dieselben Eigenthümlichkeiten der Entwickelung und des Verlaufes kommen aber auch manchen Psychosen zu, welche Samt [2]) und Westphal [3]) neuerdings zur Gruppe der (primären) Verrücktheit stellen, die wie Samt und soeben noch Leidesdorf [4]) hervorgehoben haben, bei erblich Disponirten wie bei hereditär gar nicht Belasteten (z. B. nach Trauma) sich entwickelt.

1) Westphal, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXI. S. 410.
2) Samt, Die naturwiss. Methode in d. Psych. Berl. 1874.
3) Westphal, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV. S. 252.
4) Psychiatrische Studien u. s. w. Wien 1877. S. 225.

Was im Uebrigen den Verlauf und die Dauer der erblichen Psychosen anlangt, so tritt ebenfalls die grösste Mannigfaltigkeit hervor: keine Art des Verlaufes, den Psychosen überhaupt nehmen können, fehlt; besonders häufig wird jedoch Periodicität beobachtet und der circuläre Verlauf scheint nur bei erblich Belasteten vorzukommen. Darin also muss man allerdings eine Eigenthümlichkeit, jedoch nur eine erblicken. Die Dauer schwankt in denselben Breiten, wie diejenige der Psychosen im Ganzen: man beobachtet transitorisches, acutes, chronisches Irresein und Seelenstörung, die das ganze Leben hindurch fortbesteht. Auch die Ausgänge dieser Psychosen sind nicht specifisch, daher auch die Prognose bei ihnen verschieden ist. Man weist besonders auf die oft sehr schnell eintretende Heilung einzelner Attaquen von erblichem Irresein hin (Morel, Legrand du Saulle). Dieser Ausgang kommt aber auch bei anderen Psychosen vor (alkoholisches Irresein u. s. w.).

Nach alle dem kann die Gruppe des erblichen Irreseins nicht als klinisch scharf begrenzte, sondern nur als ätiologische Krankheitsfamilie betrachtet werden, in welcher gewisse Symptomencomplexe, Entwickelungsformen und Verlaufstypen der Seelenstörung besonders stark vertreten sind, welcher wenigstens eine Art des Verlaufes — circuläres Irresein — allein zukommt.

Nicht ausschliesslich, auch nicht regelmässig, aber doch besonders häufig finden sich bei erblich Belasteten gewisse Bildungsanomalien am Körper und functionelle Störungen der Innervation, welche bereits oben (§ 120) erwähnt worden sind. Morel hat zuerst auf den diagnostischen Werth dieser Merkmale [1]) erblicher Belastung hingewiesen. Er nannte sie stigmates de l'hérédité, Griesinger nachher Belastungs- oder Degenerationszeichen. Eingehend sind dieselben von Wohlrab und Legrand du Saulle beschrieben worden. Die wichtigsten Zeichen der Art sind Anomalien des Hirn- und Gesichtsschädels, zumal Asymmetrien beider Hälften, fliehende oder stark vorspringende Stirn, Disharmonien zwischen Schädelkapsel und Gesichtsskelett, sehr schmaler und gewölbter Gaumen, unregelmässige Entwickelung und Stellung der Zähne, Prognathie, Difformitäten, auffallende Grösse oder Kleinheit der Ohren, defecte Bildung einzelner Bestandtheile der Muschel, dann ein eigenthümlich verschwommener Ausdruck der Augen (Griesinger), unregelmässige Pigmentirung der Iris; weiterhin ungleiche Innervationen entsprechender Muskelgebiete; im Bereiche der Augennerven Strabismus, halbseitige Paresen des Facialis, der Extremitäten mit Verkrümmungen, Stottern; endlich schwere Entwickelungshemmungen und Missbildungen: Hasen-

1) Morel, Traité d. mal. ment. etc. S. III. — Griesinger, Ges. Abh. I. S. 111 u. 178. — Wohlrab, Arch. der Heilk. Bd. XII. 1871. S. 295. — Legrand du Saulle a. a. O. S. 32.

scharte, Wolfsrachen, halbseitige Agenesien der Glieder, fehlerhafte oder defecte Entwickelung der Genitalien (Hypostasie, Kryptorchismus, fehlerhafte Stellung des Uterus, Kleinheit, Mangel desselben.

§ 148. Die Anlage zu psychischen Störungen kann aber auch angeboren sein ohne dass Erblichkeit im Spiele wäre. Jung fasst den Begriff der Vererbung entschieden zu weit, wenn er „alles was störend auf das Leben der Frucht einwirkt" demselben unterordnet. Wenn heftige Gemüthsbewegungen der Mutter während der Schwangerschaft wirklich bei dem Kinde eine Prädisposition begründen, wie mehrfache Beobachtungen wenigstens wahrscheinlich machen [1]), so würde man allerdings noch vom erblichen Einflusse reden müssen. Die Entwickelung des Fötus speciell diejenige des Kopfes und seines Inhaltes kann aber auch gestört werden durch äussere Einflüsse, die rein mechanisch und zwar hemmend auf die Entwickelung des Schädels selbst bei der Geburt noch schädlich einwirken [2]) (z. B. Beckentumoren u. s. w.), weiterhin können fötale Krankheiten, die genetisch von dem Organismus der Mutter ganz unabhängig sind, an den Centralorganen ablaufen und so gleich den erstgenannten Schädlichkeiten eine Prädisposition zu Psychosen begründen, die zwar angeboren aber keineswegs angeerbt ist. Ausserdem ist nochmals darauf hinzuweisen, dass Idiotismus und selbstverständlich auch leichtere Anomalien der Centralorgane, die dem Zustandekommen psychischer Störungen Vorschub leisten, bei den Kindern sehr junger, hochbetagter und sehr dürftig lebender Eltern vorkommen. Es wäre wahrlich gesucht wenn man hier noch von „Erblichkeit" reden wollte.

§ 149. Erworbene Prädisposition. Eine besondere Anlage zu Psychosen kann erworben werden einmal dadurch, dass die individuellen Lebensverhältnisse ganz im Allgemeinen sich besonders ungünstig gestalten, sodann durch gewisse Einflüsse, die auch directe Ursachen der Geistesstörungen bilden.

Was das erstere anlangt, so wird zunächst der Erziehung [3]) ein bestimmter Einfluss zugeschrieben. So berechtigt eine solche Annahme ist, die prädisponirende Wirkung der Erziehung darf jeden-

1) Esquirol, Geisteskrankh. Deutsch v. Bernhardt. S. 40. — Jung a. a. O. Bd. XXI. S. 571. — Reich, Virch. Archiv. Bd. L. 2. S. 210. — Verf. in Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 10. — Vierteljahrschr. f. ger. Med. N. F. Bd. XXI. S. 65.

2) Gudden, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. II. S. 367. — L. Meyer, ibid. Bd. I. S. 125.

3) Vgl. die Lehrbücher v. Ideler, II. S. 289; Marc-Ideler, I. S. 226; Guislain (deutsch v. Lähr), S. 240; Griesinger, S. 161; Morel, S. 118; Dagonet, S. 183; Maudsley (deutsch v. Böhm), S. 216.

falls nicht überschätzt werden. Wohl vermag eine allzu strenge, harte und abstossende Behandlung bei Kindern und jugendlichen Individuen, indem sie die feineren Gefühle erstickt, zu ethischer Depravation und wo das nicht der Fall ist, zur „Flucht in eine imaginäre Welt", zur „Phantasterei" Veranlassung zu geben; eine „Treibhauserziehung" aber welche frühzeitig und überstürzt die intellectuellen Befähigungen aufs höchste auszubilden sucht und deshalb dauernd anspannt, den Keim zur Kränklichkeit der Centralorgane zu legen, endlich eine nachgiebige nichts versagende daher die Selbstbeherrschung und psychische Widerstandsfähigkeit in keiner Weise weckende Erziehung Leidenschaftlichkeit einerseits, Hang zu hypochondrischen Verstimmungen und kleinmüthigem Verzagen andererseits hervorzubringen — es kommt doch in jedem Falle sehr viel auf die Individualität des Zöglings selber an, welche oft genug trotz aller dieser Einflüsse ungeschädigt sich erhält, wie ja auch die beste und vernünftigste Erziehung öfter gar keine oder nur unbedeutende Erfolge aufzuweisen hat, wenn bereits eine krankhafte geistige und moralische Entwickelung anhebt oder im Gange ist (vgl. unten Entartung).

Es muss angenommen werden, dass auch widerige Schicksale, gemüthliche und geistige Ueberanstrengung, ein bewegtes zumal wüstes Leben, in welchem dergleichen Schädlichkeiten häufig oder fast unausgesetzt einwirken, Excesse jeder Art zumal Masturbation auch bei Individuen eine Prädisposition zu begründen vermögen, die von Haus aus frei von solcher waren. Eine gleiche Wirkung muss zahlreichen pathologischen Einflüssen und Krankheiten zugeschrieben werden, zumal den Kopfverletzungen, mehreren Neurosen und anatomischen Krankheiten der Centralorgane und Residuen von solchen, gewissen Constitutionsanomalien wie Blutkrankheiten und Vergiftungen, endlich manchen Affectionen von einzelnen Organen. Alle diese Störungen sind in gleicher Weise befähigt einmal eine individuelle Prädisposition zu begründen, in Folge welcher Irresein leicht auf accidentelle Ursachen hin zu Stande kommt, andererseits aber auch Geistesstörung direct herbeizuführen, wie weiter unten noch zu erörtern ist.

Ausserdem ist besondere Prädisposition zu Geistesstörung bei Individuen vorhanden, die schon einmal alienirt waren, aber geheilt worden sind.

§ 150. Der abnorme Zustand der organischen Substrate seelischer Lebensäusserungen, welcher bei besonders zu Psychosen prä-

disponirten Individuen vorhanden ist, manifestirt sich, wie erwähnt, in auffälliger Kränklichkeit, indem schon ganz gewöhnliche Lebenseinflüsse und leichte Schädlichkeiten vorübergehende oder länger dauernde Anomalien im psychischen Verhalten begründen. Atmosphärische und tellurische Vorgänge: Hitze und Kälte, Wind, Gewitter, Veränderungen der Elektricität und des Druckes der Luft, verschiedene Intensität des Lichtes (helle und trübe Tage), die Qualität (Mondlicht) oder das Fehlen desselben (Nacht) können specifische, freilich bei den Einzelnen verschiedene Wirkungen hervorbringen: es bestehen oft Idiosynkrasien gegen jene Einflüsse, von denen der ganz Gesunde gar nichts weiss. Auch rein somatische Zustandsveränderungen, Hunger wie reichlichere Nahrungsaufnahme, Müdigkeit wie Erwachen, leichte Unregelmässigkeiten der Verdauung, Schmerzen, peripherische Irritation überhaupt (Pruritus u. s. w.), Blutverluste, unbedeutende Fieberbewegungen, im Gleichen oft geringe Mengen narkotischer Mittel, Alkohol, Opiate bringen den Verlauf der psychischen Processe in Unordnung.

Ebenso können zahlreiche theils gemischte, theils psychische Einflüsse bei besonders Prädisponirten transitorische Anomalien oder länger dauernde, selbst unheilbare Seelenstörungen hervorbringen: Solchen Individuen schadet die Ehe, die Verwittwung, ein plötzliches Versetztwerden in grössere Lebensverhältnisse, die somatisch und psychisch höhere Anforderungen stellen und ebenso gut der umgekehrte Wandel des persönlichen Schicksals so mannigfache Formen die letzten Verhältnisse auch annehmen können. Auch wird man, glaube ich, in fast allen Fällen, wo vorhandene Geistesstörung auf religiöse, politische, sociale Einflüsse zurückzuführen ist, annehmen dürfen, dass bereits vorher eine besondere angeborene oder erworbene Krankheitsanlage bestanden habe. Ganz dasselbe gilt auch von den Psychosen, welche, wie man es ausdrückt, durch Contagion entstanden sind.

§ 151. Endlich müssen wir hier noch gewisser abnormer Seelenzustände und psychopathischer Processe gedenken, deren Entwickelung bezw. Ablauf überhaupt eine besondere Prädisposition, also einen abnormen Zustand der Substrate seelischer Lebensäusserungen voraussetzt. Wie bei angeborener, in der Regel erblicher, Anlage die psychische Entwickelung von vorn herein, so kann auch bei erworbener Prädisposition der weitere Evolutionsprocess, der ja bis zum beginnenden Alter fortdauert, abnorm sein. Von den Lebenseinflüssen, welchen der Gesunde die langsam und

stetig fortschreitende harmonische Entfaltung seiner Geisteskräfte verdankt, wirken auf viele besonders prädisponirte Individuen einige nur schwach oder gar nicht, andere wieder unverhältnissmässig stark und nachhaltig ein, daher denn gewisse Fähigkeiten bei ihnen kümmerlich oder überhaupt nicht, andere ungleich höher entwickelt werden als bei Durchschnittsmenschen. Ausserdem ist die Verarbeitung der Eindrücke, welche die Aussenwelt bietet, oft eine andere als bei gewöhnlichen Menschen, indem ganz sonderbare Gefühle, Vorstellungen und Reihen von solchen bei den Prädisponirten an dieselben sich anschliessen, aus denen wieder paradoxe Neigungen und Abneigungen, Begehrungen und Widerstrebungen, Unterlassungen oder Actionen von specifischem Charakter zwangsmässig hervorgehen. Endlich fällt noch ins Gewicht, dass bei angeborener oder frühzeitig erworbener psychopathischer Anlage die zeitliche Succession der einzelnen Entwickelungsstufen alterirt, beschleunigt oder andererseits verzögert sein kann: früh- oder spätzeitiges Erwachen mancher Gefühle, namentlich erotischer Regungen, des Geschlechtstriebes überhaupt u. s. w.

Durch solche abnorme psychische Entwickelungsvorgänge entstehen einmal stationäre Seelenzustände, in denen eine Mischung normaler und krankhafter Lebensäusserungen scharf hervortritt. Auf der Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehend, zeigen dieselben eine starke Neigung diese Grenze nach der letzteren Richtung hin zu überschreiten, also in Irresein überzugehen. Moreau[1]) rechnete zu diesen Zuständen, welche sozusagen nur auf dem Boden der individuellen — angeborenen oder erworbenen — Krankheitsanlage sich entwickeln, bereits die Genialität, ja er zieht dieselbe eigentlich schon in den Bereich der krankhaften Lebensäusserungen selbst herein (on peut considérer le génie comme une névrose). Wenn auch mit Recht diese extreme Auffassung keinen Anklang gefunden hat — darüber ist man allgemein einverstanden, dass die mit Anomalien der Gefühle, zumal mit Perversitäten derselben gepaarte, einseitige, selbst blendende Talentirung zu gewissen künstlerischen und intellectuellen Productionen, dass gute Anlagen, sogar geistige Capacität, verbunden mit crassen Excentricitäten im Fühlen, in der Ideenassociation, in den Begehrungen und Strebungen — kurz alles, was man Originalität mit Bizarrerien und Schrullen, Sonderbarkeiten des Charakters nennt, ebensowohl Resultat einer abnormen, von individueller Anlage zu

1) Moreau, Psychologie morbide. Paris 1859. III. Chap. IV.

Psychosen beeinflussten geistigen Entwickelung gelten müsse, wie diejenigen Seelenzustände, welche man bezeichnet als extreme Sentimentalität, übermässige Launenhaftigkeit, Unberechenbarkeit in Stimmungen, Neigungen und daraus resultirenden Actionen bei guter oder mässiger intellectueller Befähigung. Mehrfach hat man versucht diese abnormen psychischen Zustände in symptomatisch-psychologische Begriffe zusammenzufassen, so als nervöse Constitution, die sich vorzugsweise im Gehirn äussert, als reizbare Schwäche auf geistigem Gebiete (Griesinger), nervöses Temperament, nervöser Zustand (Chomel, Sandras, Morel u. A.), Irreseinstemperament oder Neurosis spasmotica (Maudsley); auch das was Moreau état mixte, Kieser Propensio major ad dementiam genannt haben ist im Ganzen nichts anderes.

Während diese Zustände, wo sie nicht in Irresein übergehen, ruhig auf dem nämlichen Status für lange Zeit ja für das ganze Leben verharren können, sind in anderen Fällen die Wirkungen individueller Prädisposition erheblicher: die abnormen Entwickelungsprocesse kommen entweder erst dann zur Ruhe, wenn bereits krankhafte Schwächezustände eingetreten sind, oder sie gehen, wenn auch langsam, so doch sicher stetig vorwärts, früher oder später Zustandsformen herbeiführend, die Psychopathien mit progressivem Verlaufe darstellen. Alle diese Entwickelungsanomalien haben das gemeinsam, dass ganz gewöhnliche, normale Lebenseinflüsse den krankhaften Evolutionsvorgang unterhalten und fördern, also eigentlich als Krankheitsreize mitwirken (§ 11). Wo sie schon im Kindesalter anheben richtet die Erziehung wenig oder nichts aus; solche Individuen gehen ihren eigenen Weg. Als Prototyp des ersteren abnormen Entwickelungsprocesses mag die überstürzte Entfaltung des geistigen, gemüthlichen und des Gefühlslebens überhaupt, die Frühreife der sogenannten Wunderkinder betrachtet werden (die immer neuropathisch belastet sind) sofern dieselbe in Schwachsinn ihren Abschluss erreicht. Zu den pathologischen Evolutionsvorgängen der zweiten Art gehören vor allen die psychischen Entartungen, impulsives, periodisches, moralisches Irresein, der mit dem letzteren verwandte „verbrecherische Wahnsinn“ Solbrig's, dasjenige, was Kaster Irresein der Bummler und Vagabunden genannt hat. Auch gewisse langsam progressiv verlaufende Alienationen, die sich an bekannte ätiologische Momente anschliessen und von diesen unterhalten werden, gehören zu den Entartungen: so gibt es, wie später noch zu erwähnen ist, eine psychische Entartung der Epileptiker, Hysterischen, Säufer, Opiophagen, Entartungen in Folge von Kopf-

trauma, Hirnhämorrhagien u. s. w.; weiterhin ist die zuerst von Sander beschriebene besondere Form der primären Verrücktheit das Resultat eines solchen krankhaften Entwickelungsprocesses. Auch die conträre Sexualempfindung (Westphal) ist hierher zu stellen und wie es scheint das Irresein der Mystiker von Charbonnier.

Was die Entartungen betrifft, so wurde früher bereits des impulsiven und periodischen Irreseins gedacht (§ 111, 132). — Das moralische Irresein[1]) (Moral insanity, Prichard, folie morale) ist ein Symptomencomplex, eine psychopathologische Reihe von Erscheinungen, in welchen schwere Anomalien der Gefühle vorherrschen (Partielles Gefühlsirresein (Maudsley), die Störung mag originär oder erworben sein, Gemüthslosigkeit und Mangel an sittlichen, an höheren Gefühlen überhaupt, daher Fehlen (bezw. Verschwinden) der ethischen Begriffe und Urtheile, rein egoistische, sinnliche und niedere intellectuelle Gefühle, denen keinerlei gemüthliche, ästhetische, moralische Gefühle widerstreiten, bilden die Grundzüge dieser Alienation. Noch gesteigert wird die Depravation durch Perversitäten des Fühlens, die immer mehr zur anderen Natur werden. Der Mangel an Theilnahme, an Mitgefühl bei fremder Lust und fremdem Schmerz, die absolute Indifferenz gegen ästhetisch Schönes, moralisch Edeles gehen über in Freude am Leiden anderer menschlicher wie thierischer Wesen, in Lust an Zerstörung, in Vergnügen am Bösen und Hässlichen in jeder Gestalt. Nothwendig involvirt eine derartige Alienation des Fühlens eine Perversion der Begehrungen und Neigungen, daher denn die so Entarteten instinctiv zur Verwirklichung des Schlechten und Gemeinen getrieben werden, wo nur immer sich Gelegenheit dazu bietet. Und dabei haben sie keine Erkenntniss der Abnormität des eigenen Fühlens und Treibens, selbst auf Vorstellungen hin kein Gewissen, auf Strafen keine Reue. Man nennt nicht unpassend diese Störung moralischen Schwachsinn oder Idiotismus des Fühlens, weil eben alle jene zahlreichen Begriffe und Urtheile fehlen, die ihren Ursprung den höheren intellectuellen Gefühlen verdanken. Das Vorstellungsleben dieser Creaturen zeigt aber noch weitere wichtige Defecte. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen sind selten, dafür aber gewöhnlich eigenthümliche folgenschwere Wahrnehmungs- und Erinnerungsanomalien vorhanden: die Eindrücke werden nicht klar appercipirt, die entsprechenden Erinnerungen sind deshalb confus, den Apperceptionen nicht congruent, es entstehen Verwechselungen und Irrthümer in der Reproduction, wesshalb denn diese Kranken auch ohne Absicht Begebenheiten u. s. w. ungenau, entstellt referiren. Weiterhin ist der Gedankengang oft abspringend, verworren, excentrisch, es laufen massenhafte Verstandesirrthümer unter. Während durch die heftigen, perversen, rein egoistischen Gefühle und Begehrungen sinnlicher und intellectueller Natur die Ideenassociation

1) Zur Literatur vgl. v. Krafft-Ebing, Ger. Psychopath. Stuttgart 1875. S. 155. Das. Literatur. — Ausserdem Campagne, Traité de manie raisonnante. Paris 1869. — Knop, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI. S. 697. — Mendel, Deutsche Zeitschr. für prakt. Med. 1876. Nr. 52.

einseitig, nämlich im Sinne dieser krankhaften Interessen geübt und bis zur abgefeimten Schlauheit ausgebildet wird, halten die ästhetischen, gemüthlichen, moralischen Defecte die geistige Evolution nach sehr vielen Richtungen zurück: es entsteht ein bald niederer, bald höherer Grad intellectuellen Schwachsinns. Baar aller höheren Interessen, nur empfänglich für das, was der perversen eigenen Persönlichkeit nützt oder schadet, erscheinen diese Individuen als faule Taugenichtse; mit der Zeit, in Folge beständiger Collisionen mit dem Leben immer pfiffiger in der Entstellung der Wahrheit bei Verantwortung ihrer Handlungen geworden, machen sie den Eindruck routinirter Schurken; im Bewusstsein dieser einseitigen Fertigkeiten aber, durch welche oft Unerfahrene düpirt und betrogen werden, wächst ihr Selbstbewusstsein und da ihnen eben wegen der Gefühlsdefecte die Selbstkritik ebenso wie das Urtheil über den Werth Anderer und deren Ansprüche abgeht, gelangen sie nothwendig zur Selbstüberschätzung. Rücksichtslosigkeit, Anmassung, Rechthaberei und Händelsucht sind die natürlichen Folgen davon und die hohe Reizbarkeit dieser Creaturen begünstigt heftige Affecte und mit diesen brutale Gewaltthaten bei Conflicten mit Anderen, in die sie fast fortwährend gerathen. Eben diese häufigen Collisionen des entarteten, überschätzten Ich mit der Aussenwelt erzeugen endlich Verachtung und Hass gegen die Menschen, da der Kranke nur in diesen, nicht in sich (wegen des Mangels an Selbstkritik) die Ursachen der Conflicte sucht: er concipirt nach und nach die Idee des Verfolgtwerdens und tritt in feindliche Opposition gegen die Gesellschaft und die Aussenwelt, so weit sie mit derselben im Zusammenhange steht. So eröffnet sich eine neue ergiebige Quelle schlimmer, gemeingefährlicher Handlungen.

Als verbrecherischen Wahnsinn hat Solbrig[1]) eine dem moralischen Irresein nahestehende Entartung beschrieben, deren wesentlichen Symptome bestehen in Unstetigkeit und Wechsel der Gemüthslage, welche im Ganzen gedrückt, fortwährend zum Suchen nach Lust aufstachelt, gleichgiltig durch welche Mittel diese erreicht wird. Natürlich geräth der Kranke mit den Geboten der Sittlichkeit und den Gesetzen in Conflict, der bei ihm in jedem Falle heftige Ausbrüche veranlasst; nach und nach setzt er sich über diese Schranken verachtend hinweg, er wird methodischer Grosssprecher, Rechthaber seiner eingebildeten Ueberlegenheit, die jeder vernünftigen Basis entbehrende Selbstüberschätzung führen zu krankhafter Arroganz, zu systematischer Bethätigung der Sitten- und Gesetzesverachtung. Wie der Kranke mit Hohn jede Anspielung auf die pathologische Natur seines Gebahrens zurückweist, so lässt er sich auch weder durch empfindliche Nachtheile, die ihm aus seiner Aufführung erwachsen, noch durch Vernunftgründe von seinen irrigen Voraussetzungen (Ueberlegenheit u. s. w.) und verkehrten Gewohnheiten (methodische Uebertretung der Sitten und Gesetze) abbringen; er gelangt vielmehr allmählich zu der Ueberzeugung, dass er überall beeinträchtigt und verfolgt werde.

1) Solbrig, Verbrechen und Wahnsinn. Ein Beitrag zur Diagnostik zweifelhafter Seelenstörungen. München 1867.

Das von Koster beschriebene Irresein der Bummler und Vagabunden[1]) ist Resultat eines Entartungsprocesses, der meist durch Erblichkeit (3/4 der Fälle) begünstigt, schon in der Kindheit oder gelegentlich der Pubertät, um die Zeit des Selbständigwerdens, aber auch später noch, nach Kopfverletzungen, Infectionskrankheiten, psychischen Shok (unglückliche Liebe, Schreck u. s. w.) anheben kann, durch Trunksucht, sexuelle Excesse befördert wird und zunächst psychische Defecte herbeiführt: Mangel der normalen Sittlichkeit und Selbständigkeit, des normalen Ehrgefühls, des Triebes zur Begründung einer Familie. Die Stimmung wird melancholisch-gereizt, Hochmuthsideen mischen sich mit hypochondrischen Vorstellungen, mit Argwohn gegen die Umgebung, die Welt überhaupt; Sucht zu klagen und anzuklagen, zu necken, zu intriguiren, Lust am Lügen, Simulation (Beschönigung der Arbeitsscheu durch Uebertreibung der Beschwerden) sind regelmässige Erscheinungen. Meist geschwätzig, nur zeitweise verbissen stumm, erheben die Kranken ihre Person, klagen die Welt an, die sie boshaft abhält, ihre bessere Bestimmung zu erreichen. Der Verlauf ist chronisch bei ungünstiger Prognose; Exacerbationen und Remissionen aber keine Intermissionen kommen vor.

Ein sehr wichtiger psychopathischer Entwickelungsvorgang ist derjenige, welcher von W. Sander[2]) kennen gelehrt, zur primären Verrücktheit führt. Die betreffenden (männlichen) Individuen sind entweder erblich disponirt, oder sie haben frühzeitig eine besondere Anlage zu psychischer Störung erworben. Die Folge ist, dass bei ihnen der geistige Entwickelungsprocess von vornherein durch alle Stadien hindurch sich abnorm vollzieht. Still, sanft, in sich gekehrt in der Kindheit, neigen diese Individuen zur phantastischen Ausspinnung gewöhnlicher Eindrücke und Gedanken hin und deponiren so bei Zeiten falschen Vorstellungsinhalt. Auch bleibt pathologisches Erinnerungsmaterial aus febrilen Delirien, zu denen diese Kinder sehr neigen, zurück. Von der Entwickelungsperiode an wird die Gemüthsverfassung deutlicher abnorm: Ideen verkannt, unterschätzt zu sein, zurückgezogenes Leben, dabei Sucht, durch affectirtes Benehmen aufzufallen, Meiden des anderen Geschlechtes, Schwärmerei für ein älteres, meist ferne stehendes Mädchen, Empfindlichkeit, Reizbarkeit bei Mangel an Energie, daher Weinen, theatralische, verzweifelte Exaltation bei Widerwärtigkeiten, eingebildetem Unrechte, endlich Neigung zu Hypochondrie, dies sind Erscheinungen des ersten oft lange dauernden Stadiums, in welchem der Kranke im Ganzen noch besonnen bleibt und seinem Berufe leidlich genügen kann. Auf einer späteren Stufe herrschen Urtheilstäuschungen über sinnlich richtig wahrgenommenes, phantastisch-symbolische Deutungen gewöhnlicher Dinge, endlich Phantasmen vor: der Kranke sieht, hört, man gibt ihm zu verstehen, dass man ihm nicht wohl will, entnimmt aber andererseits gelegentlich einmal aus Blick, Geberden einer oft ihm unbekannten Dame, dass sie ihn liebe, trotz aller Hindernisse ihm gehören werde und ihn zur Ausdauer ermuntere.

1) Koster, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. S. 331.

2) W. Sander, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 387.

Es treten nun Phantasmen, zumal Illusionen des Geschmacks hinzu, bald systematisiren sich die Verfolgungsideen und gehen mit Grössenwahnvorstellungen innige Verbindungen ein: man ruft dem Kranken nach, sieht ihn bedeutungsvoll an, spuckt vor ihm aus, die Zeitungen enthalten Artikel über ihn, es besteht ein Complott gegen seine Person, die Verwandten jener Dame verläumden ihn, zumal bei dieser selbst, die eigene Familie behandelt ihn schlecht, er soll vergiftet werden, und dies ist schon versucht worden (zufälliges Uebelsein, Verdauungsbeschwerden). Auch in diesem Zustande kann trotz aller innerer Unruhe die äussere Besonnenheit noch lange fortbestehen, nur gelegentlich durch verzweiflungsvolle theatralische Paroxysmen unterbrochen. Häufen sich die letzteren, so kann schon jetzt der Kranke in der Welt unmöglich werden. Eine weitere Entwickelungsstufe der Störung ist mit der Conception specifischer Wahnideen gegeben, die zum Theil der symbolischen Ausdeutung gewöhnlicher Verhältnisse ihren Ursprung verdanken und durch jenen frühe erworbenen reproductionsfähig gebliebenen falschen Vorstellungsinhalt bestätigt, erweitert werden können: der Kranke ist Adoptivkind seiner scheinbaren Eltern, früh geraubt, weggegeben, hoher, meist fürstlicher Abkunft. Nun erst meint er frühere viele Andeutungen (irrige Apperceptionen), im Gleichen die (gewähnten) Verfolgungen richtig zu verstehen: man fürchtet, dass er seine Rechte als Hochgeborener geltend machen werde und stellt ihm systematisch nach, um ihn zu beseitigen. Jetzt sieht der Kranke in allem was ihm vorkommt Beziehungen zu seiner Person: Aehnlichkeit in Porträts anderer Personen, Anspielungen in Zeitungsartikeln; politische Ereignisse, Naturerscheinungen, Unglücksfälle — alles das hängt mit ihm zusammen, ihm zum Vortheil, zu Ungunsten seiner Verfolger. Dies sind Anzeichen seines baldigen Triumphes über die Feinde, denn Gott hat ihn überhaupt eine grosse Mission zu erfüllen bestimmt, durch welche die Welt beglückt werden soll. Die so erreichte geistige Schwäche kann in manchen Fällen noch fortschreiten; wie der Kranke selbst eigentlich eine andere Person ist, so ist auch seine Umgebung Scheinwelt, und wie er schon unter anderen Formen auf der Welt gelebt hat (z. B. als Thier), so sind die ihn umgebenden Personen ihm irgendwo einmal schon unter anderen Namen und Gestalten begegnet: es gehen überhaupt fortwährend Verwechselungen, zeitliche und räumliche Verfolgungen seiner Person, anderer Individuen und von Sachen vor sich.

Gewisse abnorme schliesslich zu verschiedenartigen Irreseinsformen von religiösem Charakter führende geistige Entwickelungsprocesse verdanken ebenfalls ihren Ursprung einer individuellen Prädisposition zu Neuropathien und Psychosen. In diese Kategorie scheint dasjenige zu gehören, was Charbonnier[1]) Krankheit der Mystiker genannt hat. Die Ekstase solcher Individuen ist nur Symptom einer von langer Hand durch schwächende Lebensweise und körperliches Leiden angelegten Störung der psychischen Processe, welch letztere wesentlich in Ver-

1) Charbonnier, Presse med. belge. 1874. Nr. 32. (Virch. Jahrb. 1874. Bd. II. 1. S. 92.)

kümmerung der höheren Fähigkeiten und starker Ausbildung der Phantasie besteht. Nothwendige Bedingung zum Zustandekommen einer derartigen krankhaften geistigen Weiterentwickelung ist nach Charbonnier eine sinnlich-bildliche religiöse Verstellungsweise (rel. à incarnation).

§ 152. Veranlassende Ursachen. Eine strenge Scheidung zwischen prädisponirenden und veranlassenden Ursachen psychischer Störung ist nicht möglich. Dieselben Einflüsse begründen einmal nur eine Krankheitsanlage, das andere Mal führen sie Irresein direct herbei und eine Schädlichkeit, die wiederholt oder dauernd wirkt, kann, wie erwähnt, zuerst die Disposition und schliesslich ohne Zutritt weiterer Einflüsse die Störung selbst hervorbringen. Wir können daher die im Folgenden betrachteten somatischen, psychischen und gemischten äusseren und inneren Einflüsse nur als Gelegenheitsursachen des Irreseins a potiori bezeichnen und werden auch die prädisponirenden Wirkungen derselben zu berühren haben, auf welche zum Theil schon § 149 hingewiesen wurde.

§ 153. Somatische Ursachen, Kopfverletzungen.[1]) Unter den zahlreichen und verschiedenartigen, das Interesse chirurgischer wie medicinischer Pathologen in Anspruch nehmenden Störungen, welche durch Kopfverletzungen herbeigeführt werden, spielen die psychopathischen Erscheinungen eine hervorragende Rolle. Um die Pathologie derselben haben sich zumal Flemming, Schlager, Skae, v. Krafft-Ebing, Koeppe und Wille verdient gemacht. Die Gruppe der traumatischen Irreseinsformen umfasst aber eine Reihe von Psychosen, die in Hinsicht auf Pathogenese, Symptomatologie, Verlauf, Dauer und Ausgänge differiren, so dass von einer scharfen klinischen Abrundung derselben keine Rede sein kann. Man darf daher diese Gruppe nur als eine ätiologische und das Kopftrauma als eine sehr wichtige, jedoch nicht specifische Psychosen herbeiführende, Gelegenheitsursache bezeichnen. Ohnehin bewirkt dasselbe anerkanntermassen nicht selten lediglich eine Prädisposition zum Irresein (Flemming, v. Krafft-Ebing, Koeppe u. A.), welche den Gelegenheitsursachen das Feld vorbereitet.

Es sind hauptsächlich zwei Kategorien von Seelenstörungen zu unterscheiden: je nachdem dieselben unmittelbar oder indirect, erst nach Wochen bis Jahren an das Trauma sich anschliessen. In

1) Zur Literatur: v. Krafft-Ebing, Ueber die durch Gehirnerschütterung u. Kopfverletzung hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erl. 1868. Daselbst die wichtigsten Literaturstücke. — Kelp, Corrbl. f. Psych. 1868. S. 24. — Koeppe, Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XIII. — Wille, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VIII. S. 219. — Huguenin in v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. Bd. XI. S. 673.

die erstere gehören vorübergehende oder länger dauernde Bewusstseinspausen, Benommenheit, Somnolenz (Symptome des Shok, Gehirnerschütterung), die bald mit Aufregungszuständen, hallucinatorisch-ängstlicher Verworrenheit bei Reizbarkeit und Neigung zu Gewaltthätigkeit abwechseln und frühe in Genesung oder in ein Stadium übergehen, in welchem die Kranken perceptionsfähig, aber nicht combinationsfähig sind, schwere Erinnerungsdefecte (das ganze Vorleben betreffend) zeigen und diese durch allerhand Phantasmagorien ersetzen, bis unter Rückkehr der Erinnerungen und der Klarheit die Störung sich verliert (Wille). Andererseits gehören hierher periodische oder chronisch verlaufende aufgeregte Melancholie mit Ausgang in Genesung (Kelp, Huguenin) und der sog. primäre, aus dem somnolent-irritativen Zustande sich entwickelnde Schwachsinn, der oft rasch bis zum tiefen Blödsinn fortschreitet. Die zweite Kategorie enthält einmal Psychosen, die erst einige Zeit nach dem Trauma mit Prodromalerscheinungen (Aenderung des Charakters, der Stimmbarkeit und Neigungen) einsetzend, die Krankheitsbilder der maniakalischen Verstimmung mit Exaltation (Skae, v. Krafft-Ebing) Unstätigkeit, Vagabundiren, Excessen, ängstlicher hallucinatorischer Stupidität mit intercurrenten Aufregungen (Huguenin), des moralischen Irreseins mit Argwohn, Selbstüberhebung, Zanksucht, Heftigkeit, Brutalität, des impulsiven Irreseins (Mordsucht) zeigen und oft in unheilbare Dementia übergehen. Aber auch progressive Paralyse und ganz schleichend ohne ersichtliche Prodrome beginnende, langsam fortschreitende psychische Entartungen gehören zu den späteren Folgezuständen der Kopfverletzungen (Flemming, Schlager, Skae, v. Krafft-Ebing). Häufige Begleiterscheinungen der traumatischen Psychosen sind sensible und sensorische Hyperästhesien, subjective Empfindungen, zumal Flimmern, Ohrensausen, Klingen, Schwindel, Schmerz, Klopfen im Kopfe, weiterhin Anästhesien, Parese, Ataxie, Störungen des Schlafes, endlich Innervationsanomalien von visceralen Organen. Die pathologisch-anatomischen Befunde sind verschiedenartig, bisweilen fehlt jede palpabele Veränderung.

§ 154. Auch Wärmebestrahlung des Kopfes, Insolation wirken als Gelegenheitsursachen der Geistesstörungen. Es wurde schon erwähnt, dass die Paralysis progrediens häufig bei Feuerarbeitern vorkommt. Guislain, Th. Simon, L. Meyer, Bartens schreiben dies der häufigen Erhitzung des Kopfes zu. Ueber das Irresein nach Insolation hat zumal Bartens[1]) kürzlich interessante Mittheilungen gemacht, welche beweisen, dass doch nicht, wie Skae[2]) meint, die Psychosen nach Insolation fast identisch mit den traumatischen sind.

Das Irresein in Folge von Insolation entwickelt sich nach den Beobachtungen von Bartens entweder sofort oder erst einige Zeit

1) Bartens, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV. S. 296.
2) Skae, Edinb. med. Journ. 1866. Febr. S. 679.

nach der Einwirkung der Schädlichkeit — anhebend mit Gehörs- und Gesichtsphantasmen — zur ängstlich agitirten Melancholie mit Verfolgungswahn und Neigung zum Selbstmord; es folgt öfters maniakalische Exaltation mit starker sexueller Erregung, grosser Unreinlichkeit, abundanten Grössenideen nach. In dem remittirenden und exacerbirenden Verlaufe der Störung herrschte durchweg bedeutende traumartige Benommenheit; es entstanden bald Lähmungserscheinungen (Strabismus, Tremor, Deviation der Zunge, Anarthrie, Ataxie, Pupillenenge, die später in Erweiterung überging). Die Störung führte entweder unter Zunahme aller Erscheinungen zum Tode, oder nach Abnahme derselben und oft nach Eintritt eines kurzen Reactionsstadiums zur Heilung.

§ 155. Die organischen Krankheiten des Gehirns und seiner Hüllen, welche gröbere diffuse oder herdartige Veränderungen setzen, bringen natürlich oft Störungen der psychischen Processe mit sich. Im Allgemeinen überwiegen hier mehr elementarpsychopathologische Erscheinungen: Verstimmung, Gedächtnissschwäche, unbestimmte Delirien, Stupor; von den zahlreichen Complexen krankhafter Seelenerscheinungen aber beobachtet man zumal geistige Schwäche in sehr variabeln Formen bis zum Blödsinn. Da, wie schon früher erwähnt wurde, ein deutlicher Zusammenhang zwischen anatomischen Läsionen und Erscheinungen anomaler seelischer Lebensäusserungen bei diesen centralen Erkrankungen sich nicht aufweisen lässt und manche dieser Affectionen sogar latent, also auch ohne Symptome gestörten Seelenlebens, verlaufen können, ist die allgemeine Psychopathologie in der Lage, auch jetzt noch diese Krankheiten unter den Ursachen der Geistesstörung aufzuführen: sie sind, wie wir heute noch sagen müssen nur sehr wichtige, aber nicht zwingende Ursachen des Irreseins, oft nur Prädisposition zu solchem begründende Momente.

Basilarmeningitis (tuberculöse wie einfache) verläuft nur selten von Anbeginn bis gegen die Schlussperiode, die stets Bewusstseinspause mit sich bringt, ohne psychopathische Symptome. Anfangs ist zumal bei der tuberculösen Form, Aenderung im gemüthlichen und geistigen Verhalten, melancholische Depression vorhanden. Dann treten als einfache Erscheinungen Gedächtnissschwäche, Schwerbesinnlichkeit, allgemeine Abstumpfung, soporöse Zustände, allgemeines Delirium, Aufregung und Unruhe hervor. Tuberculöse Meningitis kann aber auch unter dem Bilde der aufgeregten Melancholie, der Tobsucht, in subacuten Fällen mit psychischer Störung verlaufen, die der maniakalischen Moria, dem Säuferwahnsinn gleichen (L. Meyer, J. Seitz, Huguenin u. A.).

Convexitätsmeningitis bringt regelmässig Störungen der psychischen Processe mit sich. Entweder besteht von vorn herein Auf-

regung, Unruhe, Reizbarkeit, Ideenflucht, Delirium, Jactation oder Benommenheit, Stupor, Somnolenz bis zum tiefen Koma oder es wechseln beide Erscheinungsreihen ab, indem zumal am Abend die erstere, Tag über die zweite prävalirt.

Pachymeningitis haemorrhagica und Hämatom der Dura können zwar latent, auch unter verschiedenartigen psychischen Bildern verlaufen (maniakalisch-heitere Aufregung von längerer Dauer; Paralysis progrediens; geistige Stumpfheit mit Betäubungsgefühl, Müdigkeit und Schlafsucht; Blödsinn). Relativ häufig aber beobachtet man folgende Symptomenreihe: initiales, der Blutung entsprechendes Aufregungsstadium mit grosser motorischer Unruhe, Jactation, Geschwätzigkeit, Incohärenz der Ideen, Delirium und Widerspenstigkeit; darauf Beruhigung, Somnolenz und Sopor, der continuirlich ist oder remittirt, sich auf einfaches Betäubungsgefühl reduciren kann oder in dauerndes Koma übergeht (Fürstner, Huguenin).

Den verschiedenen Graden des chronischen Hydrocephalus entspricht eine Reihe von psychischen Schwächezuständen, von der nur angedeuteten Inferiorität bis zum tiefsten Blödsinn. Analog verhält sich die angeborene, bezw. früh erworbene die Corticalis im Ganzen betreffende Hirnatrophie.

Bei Hirnhypertrophie kommt angeblich bisweilen vorschnelle geistige Entwickelung, viel öfter jedoch Hemmung der Evolution, geistiger Verfall bis auf verschiedene Grade des Schwach- und Blödsinns vor. Wird anfangs und im Verlaufe auch manchmal periodische, mit Stupor abwechselnde, Exaltation beobachtet, später tritt regelmässig Apathie und Blödsinn ein.

Cysticercenkrankheit des Gehirns und seiner Häute kann ohne Symptome verlaufen, Epilepsie, Geistesstörung für sich oder beides zugleich, endlich andere Hirnerscheinungen herbeiführen (Griesinger). Die Alienationen, welche bei dieser Krankheit beobachtet wurden, sind: Verworrenheit, geistige Abstumpfung bis zum Blödsinn, progressive Paralyse (Griesinger, Küchenmeister, Lähr, F. Siebert und R. Wagner u. A.).

Die multiple Sklerose des Gehirns bringt einfache und complicirte Störungen der psychischen Processe mit sich: leicht melancholische Depression, Stimmungswechsel, unmotivirtes Lachen und Weinen durcheinander, Gedächtnissschwäche, Sinnestäuschungen, Intelligenzdefecte, aber auch ausgesprochene Melancholie, Verfolgungswahn, Grössenwahn, Verrücktheit, später Schwachsinn und Blödsinn.

Hirnhämorrhagie, in der Regel mit Bewusstlosigkeit und Koma beginnend, zieht in den meisten Fällen später Defecte des Gedächtnisses, der Erinnerung (für jüngste Ereignisse), Trägheit, Lückenhaftigkeit der Association, Intelligenzschwäche nach sich. Häufig ändert sich auch das Ich in Beziehung auf die Gefühle: Impressionabilität, Reizbarkeit, mürrisches Wesen, gemüthliche, ästhetische und sittliche Depravation leichteren bis schwereren Grades werden oft, bisweilen auch ausgesprochene Formen des intellectuell-moralischen Schwachsinns beobachtet (psychische Degeneration nach Hämorrhagie). Die conse-

cutiven Störungen nach Hirnarterienembolie sind sehr verschiedenartig. Von eigenthümlichem Irresein nach mehrfacher Embolie berichtet Gerhardt: schwachsinnige Verworrenheit, Gewaltthätigkeit, allgemeine Aufregung, sexuelle Irritation bestanden eine Zeit lang, später trat imcomplete Heilung ein. — Der Pigmentembolie der Hirncapillaren entsprechen die bei schwerer Intermittens beobachteten psychischen Symptome. — Aneurysmatische Entartung der Rindencapillaren kann unter dem Bilde der Dementia paralytica verlaufen (L. Meyer). — Bei Sinusthrombose wurden verschiedene psychopathische Symptomencomplexe beobachtet: zumal anfangs melancholische Depression, die sich zur ausgesprochenen Schwermuth steigerte, Aufregung mit wilden, sogar furibunden Delirien oder allgemeine Verwirrtheit mit grosser Unruhe; später Apathie und Abstumpfung, die in Stupor und Koma überging (L. Meyer, Griesinger u. A.).

Hirntumoren und Abscesse machen im sog. Latenzstadium keinerlei oder nur leichte Störungen der psychischen Processe. Im weiteren Verlaufe können solche auch fehlen; öfter lassen sich gedrückte, weinerliche Stimmung, Stimmungswechsel, selten entschiedenes Ueberwiegen von Heiterkeit, sinnliche Hyperalgie oder allgemeine Abstumpfung der Gefühle, Trägheit und Mangelhaftigkeit der Wahrnehmung, der Reproduction und Association, endlich Energielosigkeit constatiren. Die psychische Schwäche schreitet oft bis zum Blödsinn fort. Hallucinationen, Wahnvorstellungen, bestimmte Irreseinsformen (Melancholie) sind seltener. Gegen Ende tritt Bewusstseinsstörung ein, welcher bei den Abscessen Aufregung, Unruhe, Delirien, Verworrenheit oft unmittelbar vorausgehen. — Von der Betheiligung des Hirns an infectiösen Krankheitsprocessen wird später die Rede sein.

§ 156. Von eminenter Bedeutung sind die ätiologischen Beziehungen der Neurosen zu den psychischen Störungen. Wie sich die innige Verwandtschaft beider Arten von Nervenaffectionen in den Erblichkeitsverhältnissen manifestirt, so tritt sie auch beim Individuum scharf hervor, indem Chorea, Neuralgien, Hysterie, Epilepsie sehr oft ausgesprochenes Irresein herbeiführen. Morel, der auch nach dieser Richtung hin gleich anderen Forschern, bahnbrechend gewirkt hat, wollte diesem Sachverhalte Ausdruck geben durch den Begriff Transformation. Derselbe ist jedoch zu eng für das was vorliegt. Wohl gibt es, wie wir sehen werden, solche sehr wichtige Transformationen der Neurosen zu Psychosen; bei anderen Beziehungen dieser Functionsanomalien zu einander handelt es sich aber um ein Weiterfortschreiten der Störung im Bereiche der Nervenapparate. Die Neurose bleibt, wie Kahlbaum schon geltend gemacht hat, bestehen, sie zieht die Psychose nach sich, complicirt sich, wenn man will, mit derselben, so dass streng genommen von Transformation nicht die Rede ist.

Bei Choreakranken [1]) sind die psychischen Processe regelmässig verändert, oft kommen sogar erhebliche Störungen derselben vor.

Sinnliche wie psychische Hyperalgie, meist schon anfangs vorhanden, steigert sich bald bis zur Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit, mit welcher sich gemüthliche Aufregung, Ungeduld und Neigung zum Zorn verbinden. Im Ganzen herrschen traurige, düstere Stimmung, mürrisches Wesen, die raschen Stimmungswechsel keineswegs ausschliessen. Die Kranken erscheinen deshalb und weil Zwangsgefühle und zwangsmässige Stimmungen spontan auftreten, launenhaft. Die Apperception äusserer Eindrücke ist theilweise unvollständig, die Reproduction erschwert, daher die Fähigkeit aufzumerken schwach oder ganz mangelhaft, es besteht Ideenflucht und Incohärenz der Vorstellungen, die vom einfachen Zerstreutsein bis zur hochgradigen Verwirrtheit (zumal in protrahirten Fällen) anwachsen kann. Zeitweise ist wieder der Vorstellungsverlauf träge, stockend, einzelne Ideen und Zwangsvorstellungen verharren zähe im Bewusstsein, oder der Vorstellungsverlauf sistirt für einige Zeit, es entstehen Umnebelungen des Bewusstseins bis zur scheinbaren Pause desselben. Die perversen Erfolge des Willenseinflusses: Steigerung der choreatischen Motionen bei Versuchen dieselben zu unterdrücken, Mitbewegungen bei Intensionen zweckmässiger Acte sind bekanntlich charakteristisch für diese Krankheit. Bisweilen, zumal bei Erwachsenen führt die Chorea auf ihrer Höhe sogar zu heftiger allgemeiner Aufregung und Jactation, zu „Tobsucht“ (Russel, L. Meyer). Lange bestehender Veitstanz kann hochgradige Gedächtnissschwäche und allgemeine Verwirrtheit, also Blödsinn nach sich ziehen.

Chorea magna ist ein psychopathischer Symptomencomplex, der bei verschiedenen anatomischen und functionellen Hirnkrankheiten vorkommt. Mit der Chorea hat derselbe nur den Namen gemein. Er gehört in die specielle Pathologie der Psychosen.

§ 157. Nervenverletzung und Neuralgie. Nach schweren Verletzungen kommt bisweilen unmittelbar oder 1—2 Tage nachher ein psychopathischer Symptomencomplex zu Stande, der als Delirium nervosum oder traumaticum (Dupuytren) bekannt ist: Schlaflosigkeit, Ideenverwirrung, Aufregung bei geröthetem Gesicht, Tobsucht, Fehlen des Schmerzes (daher Versuche den Verband zu entfernen, auf verletzte Glieder zu treten u. s. w.), Schreien, Singen sind die Erscheinungen dieser einige Tage anhaltenden afebrilen meist mit Genesung (durch Schlaf), seltener durch Erschöpfung mit Tod endigenden Psychose. Auch hier besteht hinterdrein Amnesie. — Bei alten Leuten kommt nach Staaroperationen bisweilen acutes Delirium vor.

1) Zur Literatur: Arndt, Arch. für Psych. u. Nervenkrankh. I. S. 509. Daselbst die wichtigste Literatur. — L. Meyer, ibidem. Bd. II. S. 535.

Die Erfahrung, dass auch bei Neuralgien Störungen der psychischen Processe auftreten, führte zu der Aufstellung einer Dysthymia oder Dysphrenia neuralgica (Schüle) und, sofern dem Schmerze verwandte Sensationen (Paralgien) in verschiedenen Nervengebieten analoge Folgen haben können, zur Unterscheidung einer Dysthymia frontalis, praecordialis etc. (Griesinger). Diese Gruppe, welche vielleicht passend als Dysthymia algetica[1]) bezeichnet werden kann, umfasst eine Reihe transitorischer, meistens periodischer Psychosen, wie leicht zu begreifen ist, wenn man bedenkt, dass das veranlassende Moment, die Neuralgie bezw. Paralgie einmal oder wiederholt auftritt, bezw. exacerbirt. Die Individuen, welche derartigen Störungen verfallen, sind immer mit angeborener oder erworbener Prädisposition (Anämie, Neurosen u. s. w.) behaftet.

Derartige von der Empfindungsanomalie bezw. ihrer Exacerbation eingeleitete Psychosen sind leichtere, gemüthlichere Verstimmungen mit mürrischem, oppositionellem Wesen, grosser Reizbarkeit, heftigem Affecte, mit furchtbarer Angst in Form des Raptus melancholicus, Selbstbewusstseinsstörungen mit Zwangsideen und Impulsen zu Gewaltthaten, (Selbstmord, Mord, Zerstörung u. s. w.), hallucinatorisches Irresein entweder mit dämonisch-hypochondrischen Wahnvorstellungen oder mit Verworrenheit und allgemeinem schreckhaftem Delirium, höchster motorischer Erregung und blinder Wuth. Bei diesen Attaquen, deren psychisches Krankheitsbild übrigens öfter aus mehreren der genannten Symptomencomplexe oder einzelner Erscheinungen von verschiedenen derselben sich zusammensetzt, werden häufig klonische und tonische Krämpfe, Anästhesien, Anomalien der Herzbewegung, der vasomotorischen Innervation, der Respiration beobachtet. Die leichteren Anfälle klingen langsam ab, die schwereren endigen mit Bewusstseinspause, oft mit Schlaf und consecutiver Amnesie für die Zeit der Attaque, in beiden Fällen besteht hinterdrein noch Apathie und Mattigkeit von einiger Dauer: alles Zeichen, die wenn nicht Identität mit, so doch sehr nahe Verwandtschaft zu epileptischen Zuständen beweisen.

Schüle fasst den Begriff der Dysphrenia neuralgica übrigens noch viel weiter. Er gelangt in seiner Monographie zu dem Resultate, dass „der grösste Theil aller Psychosen“ zu dieser Gruppe gehöre. Ausgenommen seien nur die Gruppen des Delirium acutum, der progressiven Paralyse, der übrigen (psychopathische Symptome setzenden) Hirnprocesse, voran diejenigen der senilen Involution. Obwohl nicht näher auf diese Dinge eingegangen werden kann, sei doch betont, dass in

1) Dies um einen die ätiologischen Momente der Neuralgie und Paralgie zugleich umfassenden Wortbegriff zu haben. Zur Literatur vergl.: Schüle, Dysphrenia neuralgica, Carlsruhe 1867. — Griesinger, Arch. d. Heilk. VI. S. 466. — Derselbe, Ges. Abh. I. S. 163. — v. Krafft-Ebing, Transitor. Störungen des Selbstbewusstseins. Erl. 1868. S. 69. — Daselbst auch Casuistik aus der älteren Literatur. — Köppe a. a. O.

Schüle's Auseinandersetzungen über den Einfluss peripherischer Sensationen, der rein algetischen wie der paralgischen (die er zur Neuralgie zieht), auf die Entstehung von bestimmten dämonischen und hypochondrischen Wahnideen sehr viel Wahres enthalten ist, wie schon früher angedeutet wurde (§ 101).

Köppe hat gezeigt, dass durch Kopfverletzungen, welche irritirende Narben im Bereiche der sensibeln Kopfnerven hinterlassen, bei psychopathisch prädisponirten Individuen Seelenstörungen entstehen und mit der Excision der Narbe wieder verschwinden können; er nimmt an, dass bei besonderer Krankheitsanlage durch Kopfverletzung und Commotio cerebri das Hirn noch disponirter werde, dass aber der gleichzeitig entstandene und bleibende peripherische Reiz irradiire und wie epileptische Krämpfe, so auch Psychosen erzeuge.

§ 158. Hysterie[1]). Zahlreiche psychopathische Elementarerscheinungen und Combinationen von solchen sind, wie in der allgemeinen Symptomatologie erwähnt wurde, als charakteristische Züge im Krankheitsbilde der Hysterie enthalten. Im Gebiete des Fühlens herrschen vor allem sinnliche wie psychische Hyperalgie und psychische Unlust vor; es besteht aber auch gesteigerte Disposition zu psychischen Lustgefühlen, daher Stimmungswechsel, Launenhaftigkeit, Stimmungsmischung häufig vorkommen. Psychische Analgie und Vertaubung gewisser Lustgefühle beobachtet man ebenfalls und vielfach sind die Reactionen im Bereiche des Fühlens pervers. Aus alledem ergeben sich massenhafte Idiosynkrasien, Sympathien und Antipathien für und gegen Personen, Objecte, Eindrücke und Vorstellungskategorien überhaupt. Von einfachen Vorstellungsanomalien finden sich besonders einseitige Verschärfung der Wahrnehmung und Erinnerung, oft verbunden mit abgeschwächter Apperception und Reproduction im Allgemeinen, luxuriirende, Sinnestäuschungen und Schreckhaftigkeit begünstigende, Phantasie; von zusammengesetzten aber krankhafte Sagacität auf gewissen Gebieten, dann Excentricität, Ideenflucht einerseits, Trägheit der Association andererseits, Zwangsvorstellungen und Urtheilstäuschungen über äussere und innere Apperceptionen. Mit diesen Gefühls- und Vorstellungsanomalien hängen Abnormitäten des Strebens innig zusammen: einseitige heftige sinnliche wie intellectuelle Begehrungen begründen starke unwidersteh-

1) Zur Literatur: Louis Mayer, Die Beziehungen d. krankh. Zustände u. Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berl. 1869. — Moreau, Traité prat. de la folie névropath. (vulgo hystérique). Paris 1869. — Amann, Ueber d. Einfluss d. weibl. Geschlechtskrankh. auf d. Nervensystem u. s. w. II. Aufl. München 1874. — Jolly, Hysterie in v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. Leipzig 1875. — v. Krafft-Ebing, Gerichtl. Psychopath. Stuttg. 1875. S. 174. — In diesen Schriften Literaturangaben.

liche Strebungen und mit krankhafter Sagacität erstaunliche Energie, zähe Festigkeit des Wollens. Schwächlichkeit, Inconstanz des Begehrens und Strebens, Unschlüssigkeit und vollkommene Abulie entspringen aus psychischer Unlust, Impressionabilität, Stimmungswechsel aus den Anomalien des Vorstellungsverlaufes.

Wir wollen in Kürze den abnormen psychischen Zustand der Hysterischen, der sich übrigens schwer von den psychischen Störungen dieser Kranken trennen lässt und die hysterischen Irreseinsformen selbst skizziren.

Der abnorme psychische Zustand der Hysterischen bietet, so vielgestaltig auch immer die Einzelfälle sich ausnehmen, gewisse charakteristische Grundzüge: das von den Sensationen- und der psychischen Dysästhesie unterhaltene starke Krankheitsgefühl veranlasst eine Steigerung der Aufmerksamkeit auf die eigenen körperlichen Zustände und Vorgänge, wodurch wieder die abnormen Empfindungen vermehrt und allerhand Einbildungen geweckt werden. In der Ueberzeugung besonders schwer zu leiden, will die Kranke ihren Zustand gewürdigt, verstanden, überall und jeder Zeit berücksichtigt wissen. Sie wird egoistisch und oft anspruchsvoll genug, auch zu verlangen, dass die unmotivirten und perversen Aeusserungen ihrer Gefühle, die Idiosynkrasien ohne weiteres hingenommen werden. Da sie natürlich in dieser Hinsicht nie zufriedengestellt werden kann, entsteht unter zunehmender Verstimmung und Verbitterung die Sucht, das Versagte zu erzwingen, die sich ebensowohl in empfindsamer, stiller, aber doch ostensibler Resignation mit Thränen und Dulderinnenmienen als in mehr gehaltener oder offenkundiger Prätention zu erkennen gibt. Theils instinctiv, theils absichtlich werden nicht selten, begünstigt durch den Einfluss innerer Erregung auf alle möglichen abnormen Vorgänge im erkrankten Nervenapparate — Aufsehen machende, an Mitleid und Bewunderung appellirende Scenen gesetzt. Dabei schleicht sich schon eine starke Uebertreibung der eigenen Leiden und Anomalien ein, die Kranken verletzen sich, unterhalten absichtlich vorhandene Störungen, verschlimmern dieselben künstlich, verschlucken ekelhafte schädliche Dinge, unterdrücken die nothwendigsten Bedürfnisse, selbst für lange Zeit. Häufig tritt absichtliche Simulation hinzu, indem mit raffinirter Schlauheit mögliche und unmögliche abnorme Erscheinungen am Körper vorgetäuscht werden (langdauernde Verhaltung von Stuhl, Urin, Blut-Kothbrechen, Abgang lebender Thiere u. s. w.). Auch werden allerhand vielleicht plausible Geschichten erfunden, welche Beeinträchtigungen der Kranken durch Andere zum Inhalte haben (Beschuldigungen von Männern wegen sexueller Angriffe u. s. w.). Ist zwar in der Regel die Sucht nach Aufsehen Ursache dieser von der Perversion des Fühlens stark begünstigten Betrügereien, so können dieselben doch auch noch in dem Egoismus der Kranken wurzeln, indem sie zum Ersatz für ihren peinlichen Gemüthszustand, intellectuelle Triumphe über Andere aus Schadenfreude gerade zum Nachtheile dieser im Stillen zu feiern begehren.

Ebenso instinctiv werden auch nicht selten Hysterische durch Zwangsvorstellungen und perverse Zwangsgefühle zur offenkundigen Beschädigung Anderer, zu bizarren, obscönen (also die Gesammtheit intellectuell beleidigenden oder materiell beeinflussenden) Handlungen hingerissen. — Aber noch andere und entgegengesetzte krankhafte Lebensäusserungen können, wie Jolly sehr richtig hervorgehoben hat — allerdings in seltenen und nur in leichten Fällen — aus dem Bestreben, die eigene Person zur Geltung zu bringen, hervorgehen. Die Selbstüberwindung dieser Kranken ist, wo sich ein Feld von Aufsehen erregender Thätigkeit entwickelt, wie in der Kranken- und Armenpflege u. s. w., unter Umständen so stark, dass sie entgegen ihrer bisherigen Schlaffheit und trotz aller subjectiven Beschwerden continuirlich angestrengt, scheinbar ohne zu ermüden thätig sind.

Die Gruppe der hysterischen Geistesstörungen setzt sich zusammen aus transitorischen, acuten und chronischen, stabil bleibenden oder langsam progressiv verlaufenden Psychosen. Das transitorische Irresein schliesst sich entweder unmittelbar an die hysterischen Anfälle an oder substituirt dieselben (Transformation). Es gehören hierher vor Allem die religiös ekstatischen Zustände mit lebhaften Sinnestäuschungen von entweder expansivem (Begnadigung, Offenbarung) oder depressivem, dämonischem (Besessenheit) Charakter, bei dem häufig nymphomanische Aufregungen (obscöne Reden, Geberden) sich verrathen, dann die fixen Delirien physikalisch beeinflusst, gemartert, geschlechtlich missbraucht zu werden einerseits, die Grössendelirien des unermesslichen Reichthums und der Liebe eines hohen, vornehmen Mannes andererseits. Wenn die Verworrenheit bedeutend ist, so beobachtet man oft nur die äusseren Zeichen sexueller Delirien und Hallucinationen. Ausserdem kommen auch Zustände einfacher Verwirrung, pathologische Affecte mit Gewaltthätigkeit, transitorische Melancholie und heitere, maniakalische Aufregungen von sehr kurzer Dauer bei Hysterischen vor. In der Zeit zwischen den Attaquen bleiben desto sicherer, je häufiger dieselben wiederkehrten, allerhand falsche Vorstellungen zurück, aus denen sich später Wahnformen entwickeln können. Als acute, tödtliche Hysterie hat L. Meyer rasch verlaufende nervöse Krankheitsprocesse beschrieben, die nach deprimirenden Gemüthsbewegungen mit Schwermuth begannen, zu religiösen Delirien mit heftiger Nymphomanie führten, tonische und klonische Convulsionen im Gefolge hatten und mit tödtlichem Collapse endigten.

Im Uebrigen bietet das acute hysterische Irresein dieselben Krankheitsbilder wie das chronische, einmal dasjenige der einfachen Melancholie, die in der Regel mit Zwangsvorstellungen oft mit Impulsen zur Selbstquälerei, sogar zur Selbstverstümmelung, zur Peinigung anderer und zur Zerstörung complicirt ist; diese Aeusserungen verdanken wahrscheinlich dem instinctiven Bestreben einen Gegenreiz gegen, eine Genugthuung für die eigenen Qualen zu geniessen (Verf. Jolly) ihren Ursprung. Dann beobachtet man bei Hysterischen acute und chronische Manien verschiedener Grade. Die leichteren, aber oft ganz continuirlich über lange Zeit bestehenden Exaltationen lassen sich als Folie raisonnante der Hysterischen (Jolly) bezeichnen und zwar

als maniakalische Form derselben, die man der melancholischen Folie raisonnante zur Seite stellen kann (Spielmann).

Ausserdem kommen bei Hysterischen voll entwickelte Manien meist von mehrwöchentlicher Dauer vor, die mit Heilung endigen. Wichtig sind endlich die den oben erwähnten transitorischen Delirien conformen, aber chronisch progressiv verlaufenden hauptsächlich durch specifische Wahnideen charakteristischen Geistesstörungen der Hysterischen, die Jolly neuerdings als primäre Verrücktheit dieser Kranken bezeichnet hat. Es gehören hierher die vorzugsweise mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen von depressivem, expansivem oder gemischtem Charakter verknüpften Psychosen, die zum Theil mit Schüle's transformirter neuralgischer Dysphrenie (weiblicher Kranker) identisch sind und deren ethnologischen Aequivalente früher besprochen wurden (§ 37). Auch hier spielt das sexuelle Element (teuflische Buhlschaft, Himmelsbrautschaft u. s. w.) eine hervorragende Rolle, theils sehr offenkundig in den Hallucinationen, theils nur versteckt in den Wahnideen sich kund gebend. Diese Störungen verlaufen immer progressiv und führen schliesslich, wenn auch spät, zu Schwachsinn.

§ 159. Epilepsie [1]). Auch von den einfacheren und complicirteren psychischen Anomalien, welche bei Epilepsie vorkommen, ist wiederholt (in der allgemeinen Symptomatologie) die Rede gewesen. Fassen wir jetzt alle Störungen der psychischen Processe ins Auge, die mit der Neurose genetisch zusammenhängen, so bietet

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich a. a. O. Nr. 1387—92. — Esquirol, Geisteskrankh., übers. v. Bernhardt. S. 163 ff. — Delasiauve, Ann. méd. psych. 1852. Oct. — Derselbe, Traité de l'épil. etc. Par. 1854. Deutsch v. Theile. Weim. 1854. — Trousseau, Gaz. des hôp. 1855. Nr. 49 u. 52. — Russel-Reynolds, Lancet. 1855. Aug. 4. 11. — Weyers, Consid. s. l'épil. d. ses rapp. à l'alien. ment. Strassb. 1857. — H. Hoffmann, Beob. üb. Seelenst. u. Epil. Frankf. 1859. — Morel, D'une forme d. dél. suite d'une surexcit. nerv. se ratach. à une var. d'épil. Par. 1860. — Billod, Gaz. hebd. 1861. Nr. 11. — J. Falret, Arch. gén. 1860. Dec. 1861. Avr. Oct. — Browne, Journ. of ment. sc. 1865. Jan. S. 533. — Addison, ibid. 1866. Apr. S. 57. — v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXIV. S. 436. — Derselbe, Transit. Stör. d. Selbstbew. Erl. 1868. S. 51. — Derselbe, Ger. Psychopath. S. 203. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXIII. S. 112. — Griesinger, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 320. u. Ges. Abh. I. S. 163. — O. Berger, Zur Path. d. epil. Zust. u. s. w. Diss. Berl. 1867. — W. Sander, Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 42. — Hummerich, Ueber somnamb. Zust. in Anschl. an Epil. Diss. Berl. 1873. — Jackson, Huglings, Med. Times. 1873. Jul. 19. — Echevierria, Am. Journ. of Ins. Jul. 1873. — Samt, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. V. S. 393. VI. S. 110. — Leidesdorf, Oesterr. Jahrb. 1874. S. 157 ff. — J. Weiss, Wien. med. Wochenschr. 1876. Nr. 17. 18. — Derselbe, in Leidesdorf's Studien u. s. w. Wien 1877. S. 15. — Nothnagel, in v. Ziemssen's Handb. d. Path. Bd. XI. S. 179 ff.

zunächst der normale Anfall Bewusstseinspause während des Insultes, Koma, Verstörtsein; Benommenheit im Nachstadium. Während manche Epileptiker durchaus keine anderen als diese zum Paroxysmus strenge gehörenden psychischen Anomalien zeigen, sehen wir wiederum oft genug diese Neurose sowohl dauernde seelische Abnormitäten leichten Grades, fortschreitende schwere Alienationen, als auch transitorische, acute oder mehr protrahirte Psychosen herbeiführen, ja unter der Form von solchen sich allein zu erkennen geben.

Die dauernden leichteren Anomalien werden als epileptische „Charaktereigenthümlichkeiten" zusammengefasst, sie lassen sich zum Theil schwierig oder gar nicht von den Zeichen der schleichend beginnenden allgemeinen geistigen Degeneration trennen, welche mit der Epilepsie verbunden sein und bis zum tiefsten Blödsinn fortschreiten kann.

Die habituellen „Charaktereigenthümlichkeiten" (charactère epileptique) bilden nach Morel, Falret, Sander, Leidesdorf, Samt u. A. mürrisches furchtsames Wesen, selbstquälerische, hypochondrische Gedanken, dabei Reizbarkeit, Streitsucht, starres Festhalten an eigenen Ideen, Unfähigkeit sich in gegebene Verhältnisse zu finden, Jähzorn, womit zu anderen Zeiten wieder Heiterkeit, Freundlichkeit, Liebenswürdigkeit, Folgsamkeit, Schmeichelei contrastiren, wie überhaupt unmotivirter Stimmungswechsel sammt Folgen im einzelnen Falle fast immer scharf hervortritt. Uebertreibung geistiger und körperlicher Arbeit, aber auch Trägheit und Arbeitsscheu, Neigung zu weitgehenden Excessen aller Art und wieder zu unvernünftiger Askese, überspannte Frömmelei, religiöse Schwärmerei wie Missachtung aller religiösen, moralischen Gebote werden ebenfalls von den genannten Forschern als epileptische Charaktereigenthümlichkeiten bezeichnet. Die Aeusserungen von Eitelkeit, die Ueberschätzung der intellectuellen und körperlichen Gaben der eigenen Person wie der Angehörigen (Familienlobreden Samt), der materiellen Verhältnisse und die tieferen moralischen Defecte, Heimtücke, Sucht zu lügen, zu verläumden, Stehlsucht u. s. w. müssen entschieden schon als Zeichen tiefer gehender Anomalien betrachtet werden.

Epileptisch-psychische Degeneration gibt sich zum Theil in den zuletzt erwähnten Erscheinungen zu erkennen. Dazu kommen noch als wesentliche Elemente leise beginnende aber stetig wachsende Schwäche des Gedächtnisses, der Apperception, der Phantasie, der Association und Combination, ästhetische, gemüthliche und moralische Stumpfheit und Perversität, die sich namentlich in Brutalität, gieriger Grausamkeit, excessiver Zerstörungssucht offenbart. Nach und nach kann der Degenerationsprocess alle Stufen des intellectuellen mit Gefühls-Idiotismus verbundenen Schwachsinns bis zum completen Blödsinn und absolutem Mangel aller höheren Gefühle durchlaufen; bis zuletzt aber bleiben egoistische Reizbarkeit, Neigung zu heftigeu Affecten, zu Wuth, extreme Gewaltthätigkeit und Bestialität, instinktive Bosheit fortbestehen.

Die transitorischen, acuten und ausnahmsweise protrahirten Psychosen, welche als Anfälle epileptischen Irreseins, zum Theil als „Mania" epileptica, folie epileptique bezeichnet werden, zerfallen, vom klinischen Standpunkte aus betrachtet, in mehrere Gruppen. Mit einem Insulte der Neurose selbst in nächstem Zusammenhange stehend, bilden sie entweder Vorläufer oder Folgen desselben: psychische Prodrome — postepileptisches Irresein (Samt). Es können aber auch statt der Krampfanfälle Paroxysmen von epileptischem Irresein auftreten. Hier sind wieder zweierlei Verhältnisse zu unterscheiden; entweder nämlich fallen diese Geistesstörungen zwischen convulsivische Paroxysmen als intervalläre, für diese vicariirende Alienationen, psychisch-epileptische Aequivalente (Samt), Epilepsia larvata (Morel) oder sie kommen ganz selbständig, unabhängig von Krampfanfällen bei Individuen vor, die vielleicht früher an ordinärer Epilepsie gelitten haben, oder auch, soweit zu eruiren ist von dergleichen Zufällen frei gewesen sind: psychisch-epileptische Aequivalente ohne epileptische Antecedentien (Samt), psychische Epilepsie (S. Weiss).

Gemeinsam sind diesen psychischen Störungen im Allgemeinen folgende Eigenthümlichkeiten: Aufhebung des Selbstbewusstseins bei mehr oder weniger Bewusstseinsumnebelung, summarische dunkele oder complet fehlende Erinnerung nach dem Anfalle für das während desselben Geschehene, vorwiegend ängstliche, peinliche Gefühle und schreckhafte, finstere Vorstellungen (das Entgegengesetzte ist sehr selten), Impulse zu Gewaltthätigkeit; im Bezuge auf Entwickelung Verlauf und Ausgang: rascher Beginn, bald erreichte Akme von meist kurzer Stunden bis Tage umfassender Dauer, kritischer oder wenigstens schnell erfolgender Ausgang und Wiederkehr des relativen Normalverhaltens. Endlich kommt noch hinzu, dass in allen Beziehungen von Anfang bis zum Ende die einzelnen Anfälle eines Individuums sich gleichen.

Psychische Prodrome des Anfalls, welche meist Stunden, seltener Tage anhalten (Falret), sind Traurigkeit, körperlich-geistiges Uebelbefinden, Angst, Reizbarkeit, erschwerte Apperception, Gedächtniss- und Erinnerungsschwäche, Trägheit der Association, Stupor, Verworrenheit; seltener erscheinen die Kranken auffallend wohl und heiter, übermüthig, geistig geweckt (Falret, Leidesdorf). Unmittelbar vor dem Anfalle stellen sich oft subjective Empfindungen der verschiedensten Sinne, Hallucinationen zumal des Gesichtes, in denen die rothe Farbe vorherrscht, und des Gehörs ein, die gewöhnlich grauenhaft oder widerlich, selten grossartig, erhaben, sind. Die Kranken sehen Gespenster, Flammen, Blutlachen, hören Glockengeläute, Schüsse, riechen

verschiedene Stoffe. Dabei nimmt die Angst zu, Vorstellungen einer dunklen Gefahr, unbestimmtes Delirium verfolgt zu sein, zwingen sich auf und können zu heftigen Gewaltthaten Veranlassung geben (zumal Mord).

Die postepileptischen Seelenstörungen, welche Stunden und Tage, selbst längere Zeit anhalten, sind ziemlich mannigfaltig. Einmal können sich jene Zustände von Stupor, von Verworrenheit, welche regelmässig, aber nur circa eine halbe Stunde nach dem Anfalle dauern, auf die angegebenen Zeiten ausdehnen. Der Stupor kann einfach, mit Verbigeration verbunden sein, mit vagen religiösen Delirien alterniren oder mit solchen abschliessen (Samt); zu der Verworrenheit gesellen sich oft Hallucinationen. Weiterhin kommen eigenthümliche Traum- und Dämmerzustände (Falret, v. Krafft-Ebing) im Anschluss an die Attaque vor, während welcher ein äusserlich geordnetes zweckmässiges, also scheinbar bewusstes, Handeln und Denken in gewohnten Sphären möglich, aber doch das Selbstbewusstsein aufgehoben ist, nach welchem Erinnerungsdefect für den somnambulen Zustand besteht. Andererseits schliessen sich an die convulsivischen Paroxysmen an: Gemüthsdepression mit Reizbarkeit und Angstzustände, beide oft mit peinlichen Zwangsvorstellungen, Hallucinationen verbunden, die öfter zu plötzlichen Verfolgungsdelirien und Gewaltacten, Selbstmord, Mord, Zerstörung, Veranlassung geben. Selten ist moriaartige Exaltation (Samt), expansiver Grössenwahn, zumal religiösen Charakters (Leidesdorf). Auch impulsives Irresein, zumal Kleptomanie kann postepileptisch auftreten. Falret, der zuerst die psychopathischen Erscheinungen bei Epilepsie genauer studirte, unterschied ein petit mal intellectuel und ein grand mal intellectuel. Unter den ersten Begriff würden die bisher erwähnten postepileptischen Seelenstörungen gehören, den Inhalt des letzteren bildet die sog. Mania epileptica, besser Furor epilepticus, der sich meist an grosse Anfälle und namentlich dem letzten einer Serie von solchen anschliesst. Auch in diesen schweren Störungen der psychischen Processe tritt, wie Falret selbst schon betont hat, eine gewisse Lucidität noch bestimmt hervor: es besteht eine unheimliche Vermischung tief pathologischer und normaler psychischer Lebensäusserungen. Trotz mehr oder weniger ausgesprochenem Stupor sind die Perceptionen, wie die Handlungen beweisen, noch deutlich, Fragen werden richtig beantwortet, die Worte haben Zusammenhang, es ist Consequenz in den Delirien. Unter dem Einflusse tiefen Seelenschmerzes, furchtbarer Angst, finsterer, schreckhafter Phantasmen (verfolgende Gestalten, delirirte Feinde, Gespenster, Mörder, Blutlachen, Flammen u. s. w.) beschmutzen, zerbrechen und zerstören die Kranken Alles was um sie ist, mit Händen, Füssen und Zähnen, oder sie verüben die scheusslichsten Morde unter Umständen an einer Reihe von Personen, indem sie sich auf jeden Menschen, der ihnen nahe kommt, stürzen. Auch sich selbst verletzen diese Kranken bisweilen. — In manchen Fällen bestehen erhebliche Prodromalstörungen, dann kommt der Anfall und schliesslich folgt postepileptisches Irresein nach (Falret).

Die intervallären Störungen der psychischen Processe sind ebenfalls, was Erscheinungen, Dauer und Intensität der Alteration

anlangt, sehr mannigfaltig. Leichtere ganz kurze, einige Secunden bis mehrere Minuten anhaltende Störungen der Art bilden die Absencen, Zustände von Stockung des Vorstellungsverlaufes mit Umnebelung des Bewusstseins, welches nicht selten nur durch Angst, psychischen Schmerz ausgefüllt wird; dann werden oft einige unverständliche zusammenhangslose Worte gemurmelt oder es kommen plötzlich deliriöse Zustände mit Impulsen, die ebenfalls nur wenige oder eine Reihe von Minuten dauern; der Kranke schwatzt sinnloses Zeug, begeht unmotivirte, unanständige, unsittliche, rohe und selbst gemeingefährliche Handlungen, die an sich zweckmässig und von äusseren Umständen modificirt, vollendet werden und deshalb den Schein bewusster Actionen aus verkehrten oder unsittlichen Motiven erwecken. Viele der perversen Triebe und krankhaften Impulse, Zufälle sog. Pyromanie, Kleptomanie, Selbstmord und Monomanie u. s. w. gehören hierher. Weiterhin treten für Stunden und Tage psychische Depression, Reizbarkeit und Jähzornigkeit ein; dazu kommen oft quälende Zwangsvorstellungen, unbestimmte Angst, schreckhafte Hallucinationen und von diesen Apperceptionen, von vagen Verfolgungsideen gepeinigt, laufen die Kranken unstete irrend umher, in der Regel zu Gewaltthätigkeiten jeder Art geneigt (Falret). Endlich kommt auch als höchster Grad der intervallären Störungen der Furor epilepticus gerade so wie nach dem Insulte vor.

Wie bei Individuen die notorisch früher, vielleicht vor Jahren an epileptischen Anfällen gelitten haben und später solche bekommen, so treten auch bei Personen, bei denen sich keine Spuren des Bestehens der Neurose auffinden lassen, die auch dauernd von convulsiven Anfällen frei bleiben, gewisse transitorische Psychosen auf, welche schon Billod, Morel, Falret als Epilepsia larvata, Leidesdorf und Weiss neuerdings als psychische Epilepsie bezeichnet haben. Wie auch immer das Symptomenbild sich ausnehmen mag: stets bricht die Psychose rasch, meist ohne Prodrome aus, erreicht sehr schnell die Akme, dauert Stunden bis Tage, entscheidet sich kritisch und führt unvermittelt zur completen Restitutions-Entwickelung, Symptomenbild, Verlauf, Dauer, Ausgang der Psychose sind bei jeder Attaque des Einzelfalles stets genau dieselben. Im Ganzen bleibt das Seelenleben (ausserhalb der Anfälle) für lange Jahre vollkommen intact, aber die Paroxysmen kehren wieder und man darf, wie Weiss richtig geltend macht, nicht von Heilung, sondern nur von feinen Intervallen nach dem Insulte sprechen.

Unter denjenigen neuropathischen Zuständen, welche von Griesinger als epileptoide bezeichnet worden sind, deren strenge Zugehörigkeit zu der in Rede stehenden Neurose aber bis jetzt noch nicht allgemein anerkannt ist, spielen ganz kurz dauernde Gleichgewichtsschwankungen und länger anhaltende Abnormitäten der psychischen Processe eine nicht unwichtige Rolle. Griesinger ordnete dieser Gruppe von Störungen unter: gewisse abrupte Angstanwandelungen, Zwangsgefühle, wie überströmendes Wehe, gehässige Stimmungen, zahlreiche Sensationen und Anschauungsanomalien (Menschen erscheinen „als Figuren", alle Eindrücke sind überhaupt andere als gewöhnlich), intercurrente Zwangsvorstellungen peinlicher Art, Eindrücke als ob das

Denken aufhöre, Visionen der eigenen Person, Thierhallucinationen u. s. w.

§ 160. Es ist hier der Ort, die Hypochondrie zu erwähnen, welche bekanntlich von Manchen als Neurose bezeichnet wird. Wer dieser Auffassung huldigt, wird natürlich von hypochondrischen Psychosen, z. B. Melancholie, Verrücktheit aus Hypochondrie, von Transformationen dieser Affection zu Geistesstörungen im Sinne Morel's sprechen können. In der Regel wird jedoch die Hypochondrie zu den Psychosen gerechnet, dann gehört sie in den Bereich der speciellen Pathologie der Geisteskranken.

§ 161. Constitutionsanomalien. Fieber und acute Krankheiten[1]). Dass der febrile Process die Functionen der Centralorgane je nach seiner Intensität in geringerem oder höherem Grade störe, ist den Meisten aus eigener Erfahrung bekannt. Die verschiedenen, allerdings nicht scharf zu trennenden Grade der febrilen Cerebralstörung hat Liebermeister gut gekennzeichnet. In Bezug auf die Alterationen der psychischen Processe ergibt sich Folgendes: beim ersten Grade findet sich nur allgemeines Unbehagen, Unruhe, Aufregung mit Abgeschlagenheit, leichte Angst, Unlust und Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, namentlich zur Verfolgung längerer Gedankenreihen, da bei Eingenommenheit des Kopfes, Empfindlichkeit und Abneigung gegen lebhaftere Sinnesreize, unruhiger durch verworrene und schreckhafte Träume gestörter Schlaf. Willensimpulse kommen zu Stande, müssen aber energischer gegeben werden, um die intendirten Erfolge zu haben. Beim zweiten Grade herrschen schon Apathie mässigen Grades, mangelhafte Reaction auf Sinneseindrücke, Schwerbesinnlichkeit, Trägheit der Association (zögernde Antworten), vorübergehende Bewusstseinsstörungen, Delirien

1) Zur Literatur: Es ist unmöglich, die zahlreichen kleineren Arbeiten und casuistischen Mittheilungen über diese Gegenstände anzuführen. Wir beschränken uns auf das Wichtigste: Liebermeister, Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. I. S. 543. — v. Krafft-Ebing, Die transitor. Störungen des Selbstbewusstseins. Erl. 1868. III. Daselbst auch Literatur. — Thore, Ann. méd. psych. 1850. Oct. S. 586. 1856. S. 162. — Weber, On Del. of acute insan. during the derlim of ac. diseases. Lond. 1865. — Mugnier, De la folie conséc. aux mal. aigués. Paris 1865. — Chéron, Obs. et rech. sur la folie conséc. aux mal. aigués. Paris 1866. — v. Rinecker, Verhandl. d. psych. med. Ges. zu Würzb. N. F. II. 1, 2. S. 11. — Scholz, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. III. S. 730. — Christian, Arch. génér. 1873. Sept. S. 257, Oct. S. 721. — Demnächst wird eine Arbeit (gekrönte Preisschrift) von Dr. Kräpelin, Assistenten an der psych. Klinik zu Würzburg, über den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung der Geisteskrankheiten erscheinen, welche genaue Literaturangaben enthält.

im Halbschlafe, aber auch zeitweise beim Wachen, die noch durch den Willen beseitigt werden können. Den dritten Grad kennzeichnet die vorwaltende Bewusstseinsstörung: es besteht Sopor und Apathie, dabei Aufregung und Unruhe, oft alterniren beide Zustandsformen. Illusionen und Hallucinationen verfälschen den Inhalt der dahinjagenden, undeutlich appercipirten Vorstellungen; es entsteht allgemeines Delirium. Dasselbe ist bald mussitirend: Lallen, Murmeln, dabei Flockenlesen, Zupfen, bald wild oder furibund: Schreien, Heulen, Versuche aus dem Bett zu springen, Umsichschlagen, Wuthparoxysmen mit Gewaltacten verschiedener Art. Dazwischen kommt wieder Stupor ohne psychische Lebensäusserungen vor. Stärkere sensibele und psychische Reize vermögen diese Störungen vorübergehend (oft unvollkommen) zu beseitigen und ein geordnetes Handeln zu erzwingen; gewöhnliche Reize, wie natürliche Bedürfnisse werden nicht appercipirt (keine Aeusserung von Durst, spontaner Abgang oder Verhaltung des Harns und der Fäces), das ist der sogenannte typhöse Zustand, status typhosus, die Typhomanie, so genannt, weil er am häufigsten bei Typhus beobachtet wird. Den vierten Grad endlich bildet ein Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit, der sich nicht mehr beseitigen lässt; energische sensitive und sensibele Reize bringen nur ganz schwache reflectorische Reactionen hervor: febriles Koma oder Lethargus der alten Aerzte.

Die Darstellung Liebermeister's gibt nur das allgemeine Schema, das mancherlei Variationen und individuelle Färbungen zulässt, welche besonders bei psychopathisch Prädisponirten, hereditär Belasteten auftreten; man beobachtet dann statt des zweiten und dritten Grades hier und da krankhafte Heiterkeit und Euphorie mit lustigem Singen und Lachen, Scherzen (zumal wie es scheint bei Alkoholikern) überraschenden Combinationen und partieller Sagacität, auch Selbstüberschätzung und Grössenideen der verschiedensten Art, endlich heitermussitirende Delirien. Häufiger sind entschieden ängstlich-melancholische, bald mehr aufgeregte oder leicht stupide Irreseinsformen: hypochondrisches Delirium, Versündigungswahn, vor Allem aber Verfolgungswahn entwickeln sich unter dem Einflusse der depressiven Stimmung, lebhaft unterstützt durch Urtheilstäuschungen über subjective und objective Empfindungen, durch Phantasmen. Diese Delirien haben, wenn auch der Inhalt lange Zeit der nämliche ist, doch einen desultorischen Charakter; es kehrt dieselbe Idee in verschiedenen Wendungen wieder, es können sich auch Verbindungen zwischen hypochondrischen, Versündigungs- und Verfolgungsideen bilden oder gar um die unbestimmte Angst als Mittelpunkt verschiedener Wahnformen kreisen. Oft genug wirken thatsächlich vorhandene Beschwerden, phantastisch appercipirte Sinneseindrücke als Quellen fixer Ideen: die Wahnvorstellungen verdurstet, vergiftet, erstickt, gestochen, elektrisirt, ver-

brüht zu werden u. s. w. sind, was ihre Herkunft anlangt, leicht zu verstehen. Durch die depressiv ängstliche Stimmung wird aber auch widriger Vorstellungsinhalt reproducirt und indem Phantasmen und Urtheilstäuschungen sich hinzugesellen, gerathen die Kranken in den Wahn peinliche Lagen noch einmal zu erleben, in ähnliche fatale Situationen versetzt, von ihrem wirklichen oder von eingebildeten Feinden umgeben zu sein, sie wähnen die Ihrigen, ihr Eigenthum u. s. w. bedroht oder glauben etwas gethan zu haben, zur Rechenschaft gezogen, bestraft werden zu sollen (delirirte Gerichtsbeamten, Polizeidiener, Scharfrichter, Mordwaffen u. s. w.). Leicht gehen aus der inneren Aufregung und Angst, dem schreckhaften Bewusstseinsinhalte Impulse zu Actionen hervor, die bald ungefährlich (flehentliches Bitten, Gebet, Schimpfen) bald gewaltthätig sind und ohne weiteres ausgeführt werden (Selbstbeschädigung und Suicidium, namentlich Sprünge aus dem Fenster, Angriffe, Mordversuche). — Seltener beobachtet man eigenthümliche wieder mit Empfindungsanomalien zusammenhängende Vorstellungsstörungen, die ätiologisch als parästhetische, symptomatisch als hypochondrisch-verrückte (metamorphotische) Zustände bezeichnet werden müssen: die fixen Ideen des „Aufgeschwollen-, Geschwunden-, Abgestorbenseins der Glieder, die Idee aus zwei Personen zu bestehen, einen halben Körper zu haben, ein Thier, ein Gegenstand zu sein, zu fliegen, zu schwimmen u. s. w.

Die bisher erwähnten Störungen sind nur als febrile zu betrachten; die Natur der das Fieber erzeugenden Krankheit selbst ist irrelevant.

Im Stadium decrementi acuter Affectionen sieht man ebenfalls öfters Geistesstörung auftreten. Zumal sind es auch hier wieder die von hohem Fieber begleiteten Krankheiten, welche dergleichen Störungen mit sich bringen. Aber auch solche, die nicht hochfebril verlaufen, z. B. Cholera, können ähnliche Psychosen beim Uebergang in die Reconvalescenz hervorrufen.

Das postfebrile Irresein tritt vorzugsweise mit dem Abfall der Temperatur bei kritisch endigenden acuten Krankheiten ein: bei acuten Exanthemen und Erysipel, Pneumonie, selten bei Diphtheritis, Angina, Pleuritis.

Im Allgemeinen bieten diese epikritischen Psychosen (die Weber als Collapsdelirium, Scholz als Geistesstörungen aus Anämie, Andere als Inanitionsdelirien bezeichnet haben) dieselben Elementarerscheinungen wie das febrile Irresein dar, nämlich vorwiegend Angst, selten Lust und Euphorie, Urtheilstäuschungen über Eindrücke, Illusionen und Hallucinationen, falsche Vorstellungen; aber es besteht doch mehr Besonnenheit, daher das Delirium meistens weniger desultorisch und vag ist, sondern fixe Ideen zum Inhalt hat, die einmal concipirt, festgehalten und rasch systematisirt werden. Auch unter diesen Bedingungen entsteht nicht so häufig heitere Aufregung mit Lust, Ueber-

muth, Selbstüberschätzung und Grössenwahn als ein entgegengesetzter Seelenzustand, der bald die Form ängstlich hypochondrischer Verstimmung mit entsprechenden Wahnideen, bald des Verfolgungswahnes, seltener des Versündigungswahnes vorführt. Bisweilen mischen sich die depressiven falschen Vorstellungen. Der Inhalt der Delirien ist derselbe wie auf der Höhe des Fiebers und verdankt seine Herkunft ebenfalls den subjectiven unter dem Einflusse der Aengstlichkeit falsch beurtheilten Empfindungen, den Phantasmen, der Reproduction peinlicher Erinnerungen u. s. w. Am Tage treten die psychopathischen Erscheinungen in der Regel weniger hervor, doch bestehen die falschen Vorstellungen fort. Abends und während der Nacht kommen Exacerbationen; die Angst wächst, die Phantasmen nehmen zu durch Müdigkeit und Halbschlaf gefördert, es kommt in Folge der Gefühls- und Vorstellungsanomalien zu Aufregungen, bei denen immer noch mehr Besonnenheit als während des Fiebers herrscht. Wie von richtigen, so können die Kranken auch von falschen Prämissen aus jetzt wieder logisch denken, zweckmässig mit Ueberlegung, ja schlau mit Geschicklichkeit und rasch handeln, daher sie sich selbst und Anderen noch gefährlicher sind als febrile Deliranten. Steigert sich die Erregung zum Affect, so entsteht Verworrenheit mit impulsiven Actionen, blinder Wuth, Gewaltthat. Immerhin kehrt im Gegensatz zum febrilen Irresein die relative Besonnenheit leicht zurück. Diese Psychosen dauern in der bezeichneten Weise remittirend und nächtlich exacerbirend einige Tage, sie gehen bisweilen kritisch durch einen ruhigen Schlaf, öfter aber lytisch unter Schwankungen in definitive Genesung über, indem der Patient sich beruhigt, die Krankhaftigkeit seines psychischen Zustandes einsieht, aber vorübergehend, zumal Nachts, wieder in den Wahn verfällt, bis er schliesslich mit der Umgebung über die Trugbilder seiner alterirten Hirnthätigkeit lacht.

Weiterhin kommen postfebrile Störungen der psychischen Processe von protrahirtem, viele Tage, ja Wochen und Monate umfassenden Verlaufe vor. Sie schliessen sich seltener an die nach kurzer Dauer kritisch endigenden acuten Krankheiten (acute Exantheme, Pneumonie u. s. w.), als an solche an, die wie Typhus exanthematicus, Abdominaltyphus, Gelenkrheumatismus u. s. w. über mehrere Wochen mit hohem Fieber sich erstrecken. Man beobachtet unter solchen Umständen Melancholien und Manien, Verworrenheit, Stupidität, die nach und nach in Heilung übergehen. Es können aber auch dauernde irreparable Schwächezustände bis zum Blödsinn nach acuten Krankheiten zurückbleiben. Diese Psychosen beruhen dann oft auf eingreifenden anatomischen Veränderungen der Hirnrinde.

Endlich kommt es vor, dass die Reconvalescenz aus acuten Krankheiten (scheinbar) frei ist und erst nach einiger Zeit Geistesstörung von günstigem oder ungünstigem Verlaufe sich entwickelt.

Die verschiedenen acuten Krankheiten bieten in Bezug auf die häufiger oder seltener während des Verlaufes und als Nachkrankheiten auftretenden Psychosen keine erheblichen Differenzen. Ich halte es deshalb vom allgemeinen pathologischen Standpunkt aus für unnöthig, vom Irresein bei und nach Pneumonie, Gelenkrheumatismus, Masern, Scharlach, Pocken, Abdominaltyphoid, Typhus, Recurrens, Cholera, Cerebrospinalmeningitis noch besonders zu handeln. Das gleiche gilt von den seltenen Fällen von Irresein bei und nach Pleuritis, Angina, Diphtheritis, Parotitis u. s. w.

§ 162. Besonderer Erwähnung bedarf die Lyssa humana[1]) mit ihren prägnanten psychopathischen Symptomen.

Eine melancholische Verstimmung mit Angst, die nicht auf Furcht vor den Folgen der Verletzung zurückzuführen ist (Kinder), bei welcher bald Stupor, scheues Verkriechen, bald mehr Agitation, Herumlaufen (bis zur Mel. errabunda) vorherrschen, ist eine sehr häufige Erscheinung der Prodromalperiode. Im Wuthstadium tritt das Element der traurigen Verstimmung hinter die Symptome heftigster Excitation und Exaltation zurück, verschwindet aber nicht. Unbestimmte innere Angst, heftige Paroxysmen von solcher, die an Empfindungen in Folge der allgemeinen Hyperästhesie, an Schreckhaftigkeit und Convulsibilität anknüpfen, Angst vor Alleinsein oder Anwesenheit vieler Leute, beweglicher Objecte überhaupt, Aufregung und Unruhe, Stimmungswechsel, sentimentale Zärtlichkeit bei starker Reizbarkeit und Impressionabilität sind die wesentlichsten Symptome in der Sphäre der Gefühle, zu denen oft noch Anwandlungen von Frömmigkeit und Beten und Singen hinzutreten. Während einerseits Illusionen und Hallucinationen, Ideenflucht und allgemeine Delirien, die selten heiter und still, meist ängstlich, wild sind, sich bisweilen um religiöse, sexuelle Vorstellungen drehen oder partielles Delirium, namentlich Verfolgungswahn in Form der fixen Ideen vergiftet, behext zu sein, gequält, von Thieren (dem Hunde) bedroht zu werden, im Allgemeinen und auch im einzelnen Falle vorherrschen, treten doch wieder wenn auch nur zeitweise gewisse sehr vollkommene psychische Lebensäusserungen hervor: richtige Erkenntniss der Gefährlichkeit des Leidens, Todesahnung, (Testament, Abschied u. s. w.), scharfe Apperception von Eindrücken, präcise Erinnerung (genaue Angabe der Anamnese u. s. w.) bestimmte, sehr klare Antworten, lebhafte Conversationen, Bitte um Nachsicht wegen veranlasster Mühe, um Verzeihung wegen Gewaltacten in den Attaquen und auffallend genaue Erkenntniss was von äusseren Einflüssen dem Kranken selbst schaden wird oder nicht (Verbot, rasch nahe zu treten, die Thür zu werfen, Luftzug zu erzeugen, Anordnung von allerlei Vorkehrungsmassregeln bei Angebot von Flüssigkeit u. s. w.). Bezüglich der Begehrungen und Strebungen sind zu nennen: die klassische Hydrophobie, die begleitende Aerophobie (Zeichen der heftig-

1) Zur Literatur: Verf. in Archiv der Heilkunde. Bd. XV. S. 239. und Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI. S. 525. Daselbst auch Literatur.

sten Hyperästhesie) die Anfälle von blinder Wuth mit brüsker Gewaltthätigkeit gegen Andere (bis zur Beisswuth) aber auch gegen die eigene Person (Impulse zu Selbstmord) mit Heulen und Schreien, endlich Steigerung des Geschlechtstriebes. Man muss annehmen, dass in den lyssösen Wuthattaquen das Selbstbewusstsein aufgehoben ist und aus namenloser Angst schreckliche Phantasmen und Delirien, heftige Impulse zu Gewaltacten hervorgehen, deren der Kranke hinterdrein sich noch erinnert, dass aber die Selbstbewusstseinsstörung des Wuthparoxysmus rasch wieder vollkommen weicht und Besonnenheit für kurze Zeit wiederkehrt. — Im paralytischen Stadium herrscht tiefe psychische Prostration, bisweilen Umnebelung des Bewusstseins.

§ 163. Von den chronischen Infectionskrankheiten ist zunächst die Intermittens [1]) eine wichtige Ursache psychischer Störung. Ihre Beziehungen zur Aetiologie der Psychosen sind, wie vor allen Griesinger festgestellt hat, mehrfache. Einmal kann, allerdings selten, die Malaria an Orten, wo sie endemisch ist, von vornherein als intermittirende Psychose von tertianem oder quartanem Typhus auftreten. Der Anfall beginnt mit Gähnen, Frösteln, dabei oft Angst, dann folgt das Hitzestadium mit bedeutender Temperatursteigerung und Seelenstörung, die verschiedenen Charakter haben kann, im concreten Falle jedoch bei jedem Paroxysmus die nämlichen Erscheinungen darbietet. Mit dem Schweissstadium endigt dieselbe und es tritt für die Zwischenzeit vollkommene geistige Genesung ein. Zweitens beobachtet man und zwar schon etwas häufiger bei Individuen, die bereits einige Zeit an regelrechten Anfällen gelitten haben, Attaquen von psychischer Störung, welche für die Fieberparoxysmen vicariiren. Die ausgesprochene Periodicität der Krankheit kann nun zurücktreten, dieses Irresein einen remittirenden oder continuirlichen und selbst chronischen Verlauf nehmen. Die transitorischen Intermittenspsychosen haben meist den Charakter eines furibunden acuten Deliriums mit höchster Agitation. In seltenen Fällen modificiren sich dieselben zu den Symptomencomplexen der Melancholie, des religiösen Grössenwahnsinns, der Projectenmacherei,

1) Zur Literatur: Griesinger, Psych. Krankh. S. 187. Daselbst auch Literatur. — Derselbe, Infectionskrankh. in Virch. Handb. d. Pathol. Bd. II. 2. — Ausserdem: Piorry, Gaz. des hôp. 1848. Jul. 29. — Spengler, Casp. Wochenschr. 1848. Nr. 21. — Macario, Ann. méd. psych. 1849. Jan. — Cazenave, Un. méd. 1852. 8. — Champouillon, Gaz. des hôp. 1857. 81. — Liégey, Rev. thér. d. méd. XII. 1858. S. 677. — Berthier, ibid. XIII. 1859. S. 52. — Ehrhardt, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXIII. S. 87. — Schramm, Bayer. ärztl. Intelligenzbl. 1866. 51. — v. Krafft-Ebing, Transitor. Stör. d. Selbstbewussts. S. 43 ff. (daselbst auch Lit.) — Hauster, Wien. med. Presse. XVI. S. 64. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXI. S. 585.

der Wasserscheu mit Beisswuth (van Swieten, Watton). Brennende Hitze und Schweiss des Kopfes, Pupillendilatation, Klopfen der Arterien sind während des Anfalls vorhanden, der mit Koma oder Convulsionen, ja mit tödtlichem Collapse, andererseits mit Schweissstadium und Schlaf endigt. Beim Erwachen ist Erinnerungsdefect für die Zeit des Anfalls vorhanden. Sopor und Koma können aber auch — eingeleitet durch geistige Stumpfheit und Verworrenheit zu Beginn des Hitzestadiums — die hervorstechenden Erscheinungen sein, für kurze Zeit bestehen, bisweilen mehrere Tage währen. Endlich kommen chronisch verlaufende Geistesstörungen, Manie, Melancholie mit Ausgang in Heilung oder in psychische Schwäche als Nachkrankheiten schwerer Intermittensformen vor.

§ 164. In südlichen Gegenden Europa's (Oberitalien, Südfrankreich) ist die Pellagra oft Ursache von Geistesstörung. Das pellagröse Irresein tritt auf als einfache Manie, Melancholie, Schwermuth mit Selbstmordtrieb, als religiöser Wahnsinn, Schwach- und Blödsinn, als Nymphomanie, impulsives Irresein. Das Nähere ist in Lombroso's[1]) Schrift zu vergleichen.

§ 165. Syphilis[2]). Obwohl die Beziehungen zwischen Lues und Psychose schon lange bekannt sind, wurden doch erst mit Begründung und Ausbildung der Lehre von der Hirnsyphilis auch die luetischen Psychosen genauer studirt. Dieselben sind Symptome theils palpabeler, theils feinerer, der makroskopischen Untersuchung sich entziehender, Veränderungen der Centralorgane.

Wenn auch im Allgemeinen die syphilitischen Psychosen den späteren Stadien des Verlaufes dieser Constitutionsanomalie angehören, es kommen doch schon frühzeitig (in der sog. secundären Periode) hier und da Alienationen vor, die in der Regel nach einem unbedeutenden psychischen Shok als Anfälle heftiger Aufregung bis zur Wuth mit Verworrenheit, Schreien, Schimpfen, Gewaltthätigkeit und wüster Zerstörungssucht transitorisch verlaufen. Jolly hat solche Attaquen beschrieben, ich habe sie mehrfach beobachtet. Die Syphilis bringt hier nur eine besondere Prädisposition zur Geistesstörung hervor; auch die spätzeitigen luetischen Psychosen kommen oft erst nach Einwirkung von Gelegenheitsursachen zur Entwickelung. Weiterhin sieht man bei Individuen, die mit recenter oder inveterirter Syphilis

1) Lombroso, Beiträge u. s. w. Deutsch v. Fränkel.

2) Heubner, Hirnsyphilis in v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. Bd. XI, I. S. 254 ff. — Erlenmeyer (sen.), Die luetischen Psychosen u. s. w. Neuwied 1877 (II. Aufl.). In beiden Schriften die betreffende Literatur. — v. Rinecker, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VII. S. 240.

behaftet sind, und zwar wieder in Folge gewöhnlicher accidenteller Momente (Erlenmeyer) primäre Psychosen: Melancholien aller Art, inclusive Hypochondrie, Manie, Wahnsinn auftreten, die nach Wunderlich und v. Rinecker oft nicht voll entwickelt, sondern mehr rudimentär, fragmentarisch sind, nach Erlenmeyer das Symptom auffallender Gemüthsstumpfheit (Gleichgiltigkeit gegen das Theuerste, absolute Interesselosigkeit zeigen und mit auffälliger Schläfrigkeit oder completer Agrypnie verlaufen. Oft verschwinden diese Störungen bei antisyphilitischer Behandlung für immer oder doch für längere Zeit, heilen aber auch manchmal mit Defect. — Die schwereren cerebralen, von Syphilis abhängigen, Symptomencomplexe kommen bei Individuen, die schon mit primären luetischen Psychosen behaftet waren, bezw. es noch sind, aber auch bei solchen vor, die bis dahin psychisch frei waren. Oft gehen denselben als frühzeitige Prodrome Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, als nächste aber Schwindel, Gliederschmerzen, Betäubung, Verwirrung, Trägheit des Denkens, Gedächtnissschwäche, Aufregung, Reizbarkeit, Charakterveränderung voraus. In diesem Zustande nun oder auch in scheinbar völliger Gesundheit tritt plötzlich ein epileptischer Anfall auf, dem psychische Störung: Verstimmung mit Uebergang in Melancholie, Verfolgungswahn oder in Manie, Grössenwahn, später Lähmungen und Anarthrie nachfolgen. Die Psychose macht wie die anderen Symptome Schwankungen, schreitet aber meist, wenn nicht durch antisyphilitische Behandlung Besserung oder Heilung erzielt wird, zu Schwach- und Blödsinn fort. Erlenmeyer hebt hervor, dass die Scene auch eröffnet werden kann durch vehemente Tobsucht mit extravagantem Grössenwahn, durch einen heftigen Angstanfall mit schreckhaften Phantasmen oder hallucinatorische Verworrenheit mit heiterem oder depressivem Delirium. Ausserdem setzen aber schwere Hirnerscheinungen der Syphilitiker auch mit apoplektischem Insulte ein, der bald Bewusstlosigkeit, bald nur Sopor herbeiführt, Sprachstörungen und Lähmungen zurücklässt und häufig eigenthümliche psychische Störungen nach sich zieht, welche Heubner geneigt ist, als charakteristisch für Hirnlues zu bezeichnen: nach prodromalen Erscheinungen (Kopfschmerz, Betäubung u. s. w.) verfällt der Kranke in einen rauschartigen Zustand von Halbschlaf, liegt zeitweise ruhig mit geschlossenen Augen, finsterem oder heiterem Ausdruck, scheinbar schlafend zu Bette und erwacht auf Anrufen müde, meist verworren; dann wieder macht er kleine Bewegungen, greift an den Genitalien herum oder er steht, zumal am Abend, auf, ist unruhig, nimmt verschiedene Handlungen vor, die aber bei fortdauerndem Halbschlaf unzweckmässig sind (er wäscht sich z. B. im Nachtgeschirr, entleert Harn und Fäces in seine Schuhe u. s. w.), kramt in seinen Sachen. Bald lässt er Alles mit sich machen, bald wehrt er sich wieder energisch gegen das Einfachste, was Andere an ihm vornehmen wollen. Dieser dem Bilde nach wechselnde Zustand von Halbschlaf kann Stunden bis Wochen anhalten, Remissionen selbst Intermissionen machen und schliesslich entweder in tödtliches Koma übergehen, oder den psychischen Krankheitsbildern des Verfolgungs-, des Grössenwahns weichen aber auch bei entsprechender Behandlung direct verschwinden. Häufig blei-

ben jedoch psychische Schwächezustände leichteren oder erheblicheren Grades zurück, die nach Erlenmeyer oft nur partielle Defecte sind, indem einzelne Fähigkeiten und Fertigkeiten (Rechnen, fremde Sprachen u. s. w.) wie ausgelöscht erscheinen. — Endlich kommen in Folge von Syphilis Psychosen zur Entwickelung, welche sich in Symptomen und Verlauf der progressiven Paralyse analog verhalten.

§ 166. Die Tuberculose[1]) kann auch abgesehen von den psychopathischen Symptomencomplexen, welche ihre palpabeln Localisationen am Centralorgane und dessen Hüllen mit sich bringen, einfachere oder zusammengesetzte psychische Anomalien herbeiführen. Zunächst ist das Krankheitsgefühl oft schwach oder fehlt gänzlich. Daraus ergeben sich gewisse Eigenthümlichkeiten (Hoffnung für die Zukunft, Neigung Pläne zu machen, Unternehmungslust, Leichtsinn), die in scharfem Contraste zu der Hinfälligkeit dieser Kranken stehen. Der Irrthum in Bezug auf die Krankheit kann soweit gehen, dass der gesteigerte Appetit (in den fieberfreien Zeiten), die Schweisse, die Steigerung des Geschlechtstriebes für Zeichen der Reconvalescenz erklärt werden. Den Anfang der Krankheit machen bisweilen Melancholie oder Manie, die sich erst bessern oder ganz verschwinden, wenn jene weiter fortschreitet. Auch im Verlaufe, in der letzten Periode noch kommen maniakalische Paroxysmen vor mit Gesundheits- und Kraftgefühl, auch mit Grössenideen und während derselben treten die Zeichen der Lungenaffection manchmal zurück (Griesinger, Schröder v. d. Kolk). Sub finem beobachtet man hier und da eine paradoxe Euphorie mit geistiger Regsamkeit, Ekstase, heiteren Delirien, welche den armen Kranken die letzten Tage leicht macht (§ 50, 97). Chronisch mit der Affection selbst kann wie es scheint in seltenen Fällen eine leichte hauptsächlich in Gefühlsanomalien sich offenbarende Alienation verlaufen.

Nach den übereinstimmenden Angaben von Jacobi, Neumann, Clouston, Williams bildet Depression und Gemüthsreizbarkeit, spontane Aufregung die Grundlage dieses psychopathischen Zustandes. Stimmungswechsel (Wein- und Lachparoxysmen), Grillenhaftigkeit, Launen, dabei Theilnahmlosigkeit, Egoismus (Interessen nur für die eigene leidende Persönlichkeit) sind weitere Gefühlsanomalien. Mürrisch und unzufrieden mit Allem, sind die Kranken undankbar für alle Sorg-

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich, Allg. Path. d. psych. Krankh. u. s. w. S. 381 ff. — Jacobi, Siegburger Annalen. 1837. S. 63. — H. Neumann, Lehrb. d. Psych. S. 162. — Griesinger, Psych. Krankh. S. 197. — Schröder v. d. Kolk, Geisteskrankh. Deutsch v. Theile. S. 205. — Clouston, Journ. of ment. sc. 1863. S. 63 ff. — Derselbe, ibid. 1864. S. 220. — Williams, Brit. med. Journ. 1865. S. 217 u. 192. — Bucknill a. Tuke a. a. O. S. 382.

falt und vergelten dieselbe mit noch grösserer Launenhaftigkeit. Im Bereiche des Vorstellens fällt eine Mischung normaler und krankhafter Lebensäusserungen auf: neben Urtheilstäuschungen über Eindrücke, verkehrte Deutungen des Thuns und Lassens Anderer, Excentricität, Ideenflucht, Illusionen, Wahnideen mit dem Charakter des Argwohns, Beweise wohl erhaltener Intelligenz, selbst Witzigkeit, die freilich oft in satirischen und malitiösen Auslassungen gegen die Umgebung des Kranken sich manifestirt. Der Verlauf ist schwankend, es wechseln ruhigere Zeiten vernünftigen Verhaltens, der Heiterkeit mit mürrisch gereiztem Wesen, Schimpfen, Wuthparoxysmen oder Abstumpfung bis zur leichten Demenz ab. Vor dem Tode verschwindet manchmal der psychopathische Symptomencomplex.

Es mag erwähnt werden, dass bei Skrophulose einmal geistige Lebhaftigkeit und Stimmungswechsel (erethische Form) dann psychische Stumpfheit (torpide Form) vorkommt, dass rhachitische Individuen oder solche die es waren, bisweilen sehr intelligent, andere wieder schwachsinnig sind.

§ 167. Bei Diabetes (mellitus) kommen als einfachere psychische Anomalien, Missmuth bis zur traurigen Verstimmung, dabei Reizbarkeit und Stimmungswechsel, Gedächtnissschwäche, psychische Trägheit, Abneigung gegen geistige Beschäftigung vor. Die in der Krankheit begründete Steigerung des Durstes, Hungers, so wie die Gelüste nach gewissen Substanzen (Süssigkeiten) erzwingen Willensschwäche: Uebertretung der diätetischen Vorschriften. Auch ausgesprochene Psychosen sind bei Diabetes beobachtet worden (Griesinger, Seegen). Das finale Koma der Diabetiker wird auf Acetonämie (s. unten) zurückgeführt.

§ 168. Anämie bringt in jeder Form als acute, subacute, chronische regelmässig leichtere oder schwerere Störungen der psychischen Processe hervor. Bei acuter Anämie in Folge von Blutverlusten entsteht, wenn diese sehr umfänglich ist, gewöhnlich Ohnmacht mit Bewusstseinspause, welcher Schwindel, Angst, Undeutlichkeit der Apperception äusserer Eindrücke, Ohrensausen, Schwarzsehen, Hemmung der Association vorausgehen. Bei mässigen Blutverlusten fehlt oft die Ohnmacht, es sind nur die übrigen Erscheinungen vorhanden, bisweilen kommt es zu Bewusstseinsumnebelung, zu Sopor mit psychischer Lust (§ 50). Sehr verschiedenartige Anomalien des Sensoriums beobachtet man bei subacuter Anämie; obwohl auch hier die psychische Depression bis zum Stupor vorherrscht, kommen doch auch oft genug gemüthliche Reizbarkeit, Sinnestäuschungen, Ideenflucht, Delirien, Agitation und selbst vehemente Tob-

sucht vor. Rechnet man zu der subacuten Anämie die postfebrilen Psychosen, als „Inanitionsdelirien“, wie das von Manchen geschieht, so wird diese ätiologische Gruppe von psychischen Störungen noch um eine Anzahl eigenthümlicher Psychosen reicher. Der chronischen Anämie wird eine ganz besondere Bedeutung in der Aetiologie der Psychosen beigemessen. Es ist bekannt, dass chronische Inanition geistige Trägheit, Reizbarkeit, traurige hypochondrische Verstimmung, Willensschwäche, aber auch Zustände krankhafter Heiterkeit mit Sinnestäuschungen, Hungerdelirien mit entsprechenden Gesichts- und Geschmackshallucinationen (Speisen) hervorbringen kann, dass bei Chlorotischen allgemeine psychische Unlust, geistige Trägheit und Stumpfheit, zumal Gedächtnissschwäche aber auch Aufregung, Unruhe, Aengstlichkeit und Verworrenheit gewöhnliche Erscheinungen sind und dass diese Störungen bei entsprechender, die Blutarmuth hebender, Behandlung ebenso wieder verschwinden wie gewisse ausgesprochene Psychosen: hypochondrisches Irresein, Melancholie, Manie beim Gebrauche von Appetit reizenden Mitteln, kräftiger Diät, Eisen u. s. w. heilen. Man darf aber nicht vergessen, dass Inanition Folge von Nahrungsabstinenz, die wieder auf Anorexie und Aversion gegen Speisen beruht, Symptome einer beginnenden Psychose sein und dann nur als Hülfsursache ihrer Weiterentwickelung wirken könne und dass constitutionelle Anämie nicht selten bei Individuen vorkommt, die mit besonderer erblicher Anlage zu Seelenstörungen behaftet sind.

§ 169. In Kürze mögen hier gewisse autochthone Vergiftungen erwähnt werden, welche mehr elementare Störungen der psychischen Processe herbeiführen. Es sind Cholämie, Acetonämie, Hydrothionämie.

Cholämie. Apathie, leichte Somnolenz, Benommenheit, psychische Dysästhesie, Verstimmung und Depression kann man fast bei jedem Icterus beobachten. Schwerere, zumal bei acuter gelber Leberatrophie, bei lange dauerndem, hochgradigen Icterus vorkommende Störungen sind einmal Zustände von Stupor, Somnolenz und selbst tiefes Koma, denen Gleichgiltigkeit, veränderte Stimmung, Aufregung vorausgehen, dann heftige Jactation, extreme Schwatzhaftigkeit, Hallucinationen meist schreckhafter Natur, wilde Delirien mit lautem Schreien, Fluchtversuchen, Gewaltthätigkeiten gegen die eigene Person, gegen Andere, Wuthparoxysmen und Zerstörungstrieb. Beide Zustände der somnolente wie der deliriöse können abwechseln; in der Regel folgt dauerndes Koma der Aufregung nach. Schwere Hirnerscheinungen, Zähneknirschen, Trismus, Nackenstarre, Incontinenz von Blase und Mastdarm, allgemeine Convulsionen u. s. w. begleiten diese psychischen Störungen.

Als Symptome der Acetonämie, welche, wie man annimmt, bei chronischem Magenkatarrh (durch abnorme Zersetzung der Ingesta) bei Diabetes (nach Anstrengungen oder gegen das Ende hin) entsteht, werden geistige Ermüdung, Eingenommensein des Kopfes, Gedächtnissschwäche, psychische Reizbarkeit, Aufregung, Hallucinationen, Delirien, Somnolenz und Koma bezeichnet.

Die Hydrothionämie, sicher nach Perforationen des Darmtractus, vielleicht auch bei abnormer Zersetzung der Contenta im unverletzten Darme auftretend, bringt ähnliche Erscheinungen hervor, wie die gleichartige ökonomische Vergiftung (s. unten). In wieweit autochthone Kohlensäureintoxication für die psychopathischen Symptome bei Lungen-, Herz-, und vielleicht bei manchen Infectionskrankheiten (Milzbrand) verantwortlich zu machen sei, mag dahingestellt bleiben. Der urämischen Hirnerscheinungen wird unten bei den Nierenkrankheiten gedacht werden.

§ 170. Zahlreiche von aussen in den Organismus gelangende Gifte bewirken kürzere oder längere Zeit dauernde Störungen der psychischen Processe, welche als toxische Psychosen, Irresein durch Vergiftung eine ätiologische Gruppe bilden. Da andere Erfahrungswissenschaften, zumal die Toxikologie und Arzneimittellehre, zum Theil auch die Hygieine speciell und eingehend von diesen Constitutionsanomalien und den mit denselben verbundenen psychopathischen Symptomencomplexen handeln, brauchen wir hier nur das Wichtigste anzuführen.

§ 171. Zufällige Verletzungen durch giftige Thiere, Schlangen, Insecten, Arachniden können kurz dauernde Störungen der psychischen Processe (Angst, Benommenheit, Delirien, Bewusstseinsumnebelung) neben anderen Symptomen herbeiführen. Gewisse giftige Gase, welche in der Atmosphäre vorhanden sind, Kohlensäure, Kohlenoxydgas, Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff bringen specifische Anomalien der psychischen Thätigkeit hervor, die theils transitorisch, acut, theils aber auch chronisch verlaufen und unheilbar sind.

Die intensiven Vergiftungen mit den letztgenannten Substanzen sind psychopathologisch fast nur durch Bewusstseinspause ausgezeichnet. Bei mässigen Graden und nicht foudroyant verlaufenden Intoxicationen kommen noch anderweitige Symptome von Seite der Bewusstseinsorgane vor: bei Kohlensäurevergiftung neben Schwindel und Ohrensausen rauschartige Benommenheit und Aufhebung der Apperception äusserer Eindrücke, dabei meist Angst, seltener Heiterkeit mit angenehmen Phantasmen, darauf Ohnmacht mit Bewusstlosigkeit; bei Kohlenoxydvergiftung neben subjectiven Empfindungen Flimmern und Sausen, furchtbare Angst oder Lust mit Ekstase, hochgradige Aufregung, darauf

Bewusstlosigkeit, nach Wiederkehr des Bewusstseins Verworrenheit, Unbesinnlichkeit, Erinnerungsdefect für die Zeit des Anfalls; in manchen schweren Fällen führt die Kohlenoxydvergiftung zu unheilbarem Blödsinn (Wisshaupt, Simon, Ideler), der auf Encephalomalacie beruht. Schwefelwasserstoffintoxication mässigeren Grades kann Sopor, der mit ängstlicher Aufregung wechselt, Verworrenheit, unbestimmte mussitirende Delirien oder solche mit Agitation herbeiführen. Die chronische Schwefelkohlenstoffvergiftung beginnt in manchen Fällen mit Excitation, grosser Gesprächigkeit und Munterkeit, psychischer Reizbarkeit und sexueller Aufregung. Später, oder wenn dies Stadium fehlte von vornherein, entwickelt sich Apathie, düstere Stimmung, Abnahme des Gedächtnisses namentlich für Worte, Abschwächung der sexuellen Begehrlichkeit, Abulie; der Schlaf wird unruhig wegen ängstlicher Träume mit Opression. Meist hinterlässt die Krankheit melancholische Gemüthsstimmung, Gleichgiltigkeit, intellectuelle Schwäche, Mangel an Willensenergie; bisweilen entstehen prononcirte Psychosen in Folge dieser Vergiftung (Delpech).

§ 172. Während die Störungen, welche aus dem Genusse von verdorbenen Nahrungsmitteln erwachsen (Wurstvergiftung, Ergotismus u. s. w.) von ganz untergeordneter Bedeutung für die Aetiologie der Psychosen sind, beanspruchen diejenigen Vergiftungen, die durch Einverleibung schädlicher mit Nahrungsmitteln verwechselter Substanzen entstehen, einen etwas höhern Werth. Wir werden weiter unten auf diese Verhältnisse zurückkommen. Eine sehr hervorragende Rolle dagegen spielen die Genussmittel, in erster Linie der

Alkohol[1]). Von den einfacheren und complicirteren Anomalien der psychischen Processe, welche durch Alkoholgenuss entstehen, ist früher bereits wiederholt die Rede gewesen. Die verschiedenen Grade dieser Intoxication in ihrer transitorischen (acuten) Form vom einfachen, leichten Rausch bis zur schweren Trunkenheit sammt nächsten Folgen sind so bekannt, dass wir die Schilderung unterlassen können. Dagegen muss hervorgehoben werden, dass der

1) Zur Literatur: Aelteres bei Siebenhaar, Encykl. Handb. d. ger. Arzneik. Leipz. 1840. II. S. 389. — Auch bei Huss, Chronische Alkoholkrankheit, übers. v. H. v. d. Busch. Leipz. 1852. S. 268, bei Falk, Virch. Handb. d. Pathol. Bd. II. 1. S. 293, bei v. Krafft-Ebing, Transitor. Stör. d. Selbstbew. Nasse, Irrenfreund. 1870. Nr. 7, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV. S. 167 Literaturverzeichnisse bezw. Angaben über alkoholische Psychosen oder einzelne Formen derselben. — Dagonet, Gaz. méd. 1856. Nr. 8 u. 9. — Derselbe, Ann. méd. psych. 1873. S. 187 u. 369. — Morel, Traité des dégénerescenses. Par. 1857. S. 363 ff. — Voisin, Ann. méd. psych. 1864. III. S. 1. — Lagardelle, Gaz. méd. 1865. Nr. 5. — Ausserdem die Handbücher von Esquirol, Prichard, Friedreich, Guislain, Griesinger, Morel, Dagonet, Bucknill a. Tuke u. s. w.

Alkohol, wie er je nach der Form, in welcher er aufgenommen wird (als Wein, Bier, Schnaps u. s. w.), mehr oder weniger specifische, bezüglich der vorherrschenden Gefühle nicht ganz gleiche Rauschformen hervorbringt, so auch bei verschiedenen Individuen und unter differenten Bedingungen qualitativ und quantitativ verschiedene Zustände im seelischen Verhalten erzeugen kann, von welchen einige gerade psychopathologisch sehr wichtig sind. Dass der Alkoholrausch statt heiterer Aufregung mit Leichtmuth und allgemeiner Förderung der Association, mit Selbstvertrauen und Unternehmungslust, Keckheit, hie und da schwermüthige Depression, Hemmung des Denkens, Zudrängen und Haften peinlicher Vorstellungen, schwarzseherische Urtheilstäuschung, Kleinmüthigkeit, Aengstlichkeit und Verzagen hervorbringe, ist schon früher angedeutet worden. Solche Wirkungen (dem sog. „Elend" vergleichbar) beobachtet man bei Individuen, die überhaupt oder nur vorübergehend in Folge anderer Einflüsse zu melancholischer Verstimmung besonders prädisponirt sind, die sich eigentlich im Innern mit traurigen Ideen tragen, bezw. in der melancholischen Prodromalperiode einer Geistesstörung sich befinden.

Bei erblich prädisponirten und bei solchen, die eine besondere Anlage durch Kopfverletzungen, vorausgegangene Hirnaffectionen inclusive Geistesstörungen oder durch acute Krankheiten (Typhus) erworben haben, endlich auch bei Individuen, die schon leicht alienirt sind, die an beginnender Paralysis progrediens, leichterer maniakalischer Exaltation und eben auch noch nicht weit gediehenem Alkoholismus chronicus selbst leiden, kommt es schon nach Genuss verhältnissmässig kleiner Quantitäten Alkohol zu pathologischen Rauschzuständen (v. Krafft-Ebing), die als Mania ebriosa, Mania a potu lange bekannt sind, obwohl auch sie gerade mit der Manie so wenig Aehnlichkeit haben, wie die nahe verwandte Mania epileptica.

Auch hier handelt es sich ja keineswegs um heitere Aufregung, oft geradezu um Wuthparoxysmen, die plötzlich ausbrechen oder von bestimmten Prodromen: Röthe und Hitze des Kopfes, Pulsiren der Carotiden, Kopfschmerz, Schwindel, dumpfem Brüten und Reizbarkeit eingeleitet werden. Der Anfall selbst verläuft unter dem Bilde der „Mania" transitoria oder des Raptus melancholicus mit einigermaassen geordnetem Delirium, fehlerhafter Apperception der Aussenwelt, impulsiven Gewaltthaten bis zum Mord und Suicidium bei aufgehobenem Selbstbewusstsein. Hinterdrein besteht Erinnerungsdefect für die Zeit der Attaque. Unter besonders ungünstigen Umständen (heftiger Affect, sinnliche Aufregung, grosse Hitze oder Kälte, körperliche Anstrengung,

bei leerem Magen u. s. w.) kann auch ein gewöhnlicher Rausch alle Charaktere der Mania ebriosa annehmen.

Chronischer Alkoholismus. Schwere Schädigungen erleiden die Organe der psychischen Thätigkeit durch habituellen Alkoholmissbrauch. Es ist früher schon erwähnt worden, dass die Descendenten von Trinkern oft mit einer besonderen Anlage zu Psychosen behaftet sind oder schwachsinnig werden; Idiotismus kann entstehen bei Kindern, die im zarten Alter mit Branntwein eingeschläfert werden. Bei Erwachsenen erzeugt der chronische Alkoholismus einmal Entartung der Gefühle, die mit intellectueller Schwäche verbunden ist: psychische Degeneration der Gewohnheitstrinker, dann eine Reihe acuter und protrahirter Seelenstörungen, Delirium tremens, Melancholie, Verfolgungswahn, maniakalische Zustände, progressiv paralytische Geistesstörung. Diese Alienationen können zwar wieder rückgängig werden und in temporäre Genesung übergehen, sie recidiviren aber beinahe regelmässig und führen früher oder später Blödsinn herbei.

Die psychische Entartung der Säufer beginnt unmerklich mit Anomalien des Charakters, von denen eine constant bei allen Trinkern vorhanden ist: die Willensschwäche gegenüber dem mächtigen Begehren nach Alkohol, dessen Verwerflichkeit noch erkannt, dessen spätere Folgen noch richtig beurtheilt werden. Weiterhin bemerkt man oft schon frühzeitig Alienationen der intellectuellen Gefühle, Nachlässigkeit im Aeussern, in der Geschäftsführung, in den Ausfertigungen, dann Gleichgiltigkeit gegen die Angehörigen, Freunde und was sonst immer dem Kranken früher werth war, Gewissenlosigkeit, die sich in Vernachlässigung der Pflichten im Hause und im Berufe, in Faulheit, Bummelei zu erkennen gibt, Abnahme der Interessen, Gesinnungslosigkeit, Indifferenz gegen sociale, politische und andere wichtige Vorgänge. Während der Drang zu schaffen und zu wirken beim Potator nachlässt, zugleich auch sein Ehrgefühl abnimmt, indem der sichtliche Rückgang seiner Verhältnisse, empfindliche Erfahrungen, die Rügen der Vorgesetzten, die Verachtung, die ihm allgemein zu Theil wird, keinen nachhaltigen Eindruck auf ihn machen, während er sich stumpf den Verhältnissen fügt, die als unabänderliche Folgen seiner Aufführung an ihn herankommen, zeigt er sich reizbar, rücksichtslos, grob, brutal im eigenen Hause, anmassend, zu Streit geneigt und in demselben ausfällig gegenüber seines Gleichen oder unter ihm stehenden Personen. Körperliches und psychisches Missbehagen, unbestimmte Angstgefühle werden stabil und erzeugen die Morositas ebriosa. Dieser peinliche Bewusstseinszustand bietet, indem er die Reizbarkeit des Kranken noch höher steigert, sinnlosen Wuthaffecten und Gewaltthätigkeiten Vorschub, vermehrt und unterhält die Unzufriedenheit des Säufers mit sich und mit der Welt und führt nicht ganz selten zum Selbstmord. Mit der Abnahme der höheren sittlichen Gefühle treten die niederen

egoistischen stärker hervor: unsittlichen, selbst verbrecherischen Antrieben kann der Kranke nicht widerstehen; es besteht sogar häufig Perversität des Fühlens, die sich in Lust an Obscönem, Gemeinem und Cynismus, Schadenfreude, Vergnügen an Schabernak und Betrügereien aller Art zu erkennen gibt. Mit diesen Gefühlsalienationen gehen Störungen des Verstandes einher, die mit Erinnerungs- und Gedächtnissschwäche, Stumpfheit der Apperception äusserer Eindrücke anheben; Ideenflucht, Verworrenheit, Urtheilsschwäche, zeitweise, besonders in den schlaflosen Nächten, Hallucinationen und Delirien sind gewöhnliche Erscheinungen. Nach und nach entwickelt sich ein aufgeregter Schwachsinn, der bis zum apathischen Blödsinn fortschreiten kann.

Von den acuten und chronischen Psychosen, welche gleich der langsamen Degeneration in der Regel erst nach längerem Missbrauch starker Spirituosen, also im Verlaufe des Alkoholismus chronicus, bisweilen aber auch nach einem ersten grossen Excesse sich entwickeln, ist zuerst das Delirium tremens zu nennen.

Dasselbe tritt sowohl nach besonders starkem Trinken als bei erzwungener Abstinenz, häufig nach Gemüthsbewegungen, geistiger Ueberanstrengung, ganz gewöhnlich bei fieberhaften, schwächenden, schmerzhaften Affectionen, nach Körperverletzungen (Knochenbrüche) auf. Schlaflosigkeit, Unruhe, Angst bis zur melancholischen Verstimmung, leichter Tremor, gehen öfter dem Ausbruche des Deliriums vorher; im Anfalle selbst bestehen diese Symptome fort; die Kranken werden sehr unruhig, sind in der Regel deprimirt und die ziemlich specifischen Phantasmen haben widerlichen, beängstigenden, schreckhaften Charakter. Der Delirant sieht Ratten, Mäuse, schwarze Käfer, Spinnen, Vögel, Schlangen, schwarze Pferde, Leichenzüge, Soldaten, Polizisten, Spukgestalten, Teufel, er hört Schüsse, Getöse, Rauschen und Sausen wie von starkem Wind und Regen, Glockengeläute, insultirende, drohende Worte, wähnt von feinen Netzen umgeben, von Insecten überlaufen, gestochen zu sein u. s. w., seltener sind indifferente und selbst angenehme entzückende Phantasmen (Saatkörner, Nadeln in Haufen, kleine Gläser Branntwein, kleine Münzen, Musik u. s. w.). Es besteht gewöhnlich rascher Wechsel der Trugbilder und hochgradige Ideenflucht, das Delirium schliesst oft Reminiscenzen kurz vorhergegangener widriger Erlebnisse ein. Dies und der schreckhafte Inhalt der Sinnestäuschungen sind die Ursachen von Gewaltthaten; grosse, motorische Unruhe, Tremor, anhaltende kleine, hastige Bewegungen zumal an den Händen und im Gesichte, Lallen und Stammeln, profuse Schweisse, Appetitsstörungen sind weiterhin für den Zustand charakteristisch. Alleinsein und Dunkelheit steigert die hallucinatorische Verworrenheit, mit ihr die Angst und Unruhe der Kranken: sie glauben sich verfolgt, schreien laut, machen Fluchtversuche, steigen zum Fenster hinaus u. s. w. Der Anfall dauert einige Tage, selten über eine Woche, endigt entweder kritisch mit einem Schlaf oder lytisch unter Schwankungen (Remissionen am Tage, abendliche und nächtliche Exacerbationen), hier und da nur zieht sich das Delirium tremens zum chroni-

schen Irresein hinaus. Fast immer kehren die Anfälle nach einiger Zeit wieder.

Die Melancholie und Manie des Alkoholisten bietet nichts besonderes.

Verfolgungswahn kommt, wie zumal Nasse neuerdings gezeigt hat, nicht selten bei Potatoren und zwar in Verbindung mit Grössenideen vor, so dass man die Störung auch als alkoholische Verrücktheit bezeichnen kann.

Die Verfolgungsvorstellungen beziehen sich auf die nächste Umgebung; zumal Wahn ehelicher Untreue ist häufig. Die Grössenideen sind oft religiöser Art (Verkehr mit Gott, Messias-, Propheten- und Weltrichter-Wahn); Phantasmen, namentlich Gehörstäuschungen sind in der Regel massenhaft vorhanden. Die Stimmung wechselt oft und rasch, es kommt leicht zu verhältnissmässig asthenischen Affecten. Meistens geht ein Stadium melancholicum der Psychose voraus; der Verlauf ist chronisch, die Prognose ungünstig.

Endlich ist noch jene Form des chronischen Alkoholismus zu erwähnen, welche in symptomatischer Beziehung genau der Paralysis progrediens entspricht, aber von dieser durch günstigeren Verlauf, nämlich durch Uebergang in dauerhafte Genesung oder doch bedeutende Besserung sich auszeichnet. Nasse, der sich auch um die Kenntniss dieser Alienation verdient gemacht hat, möchte sie als Pseudoparalysis a potu bezeichnen.

Uebermässiges Rauchen von Tabak, besonders sehr starker Cigarren, kann wie verschiedene Neurosen (zumal Neuralgien) so auch elementare und complicirte psychische Störungen hervorbringen. Häufig ist Angst, welche der Angst des ersten Rauchversuches äquivalent ist; Gedächtnissschwäche, trübe Stimmung sollen ebenfalls vorkommen. Endlich scheint unmässiger Tabaksgenuss ein ätiologisches Moment der paralytischen Geistesstörung zu bilden (Jolly, Simon, v. Krafft-Ebing).

§ 173. Hieran schliessen sich mehrere Gifte, die zunächst therapeutisch, aber missbräuchlicher Weise auch als Genussmittel angewendet werden und dann auch chronische Intoxication mit psychischer Störung hervorrufen oder eine besondere Prädisposition zu solcher begründen.

Opium und Morphium[1]) wirken bekanntlich auf die Apparate der psychischen Thätigkeit in kleinen Gaben und zu Anfang oft

1) Die Literatur über diese und die folgenden Gegenstände findet sich in den Lehrbüchern der Toxicologie und Arzneimittellehre.

erregend ein: es entstehen geistige Lebhaftigkeit, Unruhe, allgemeine Hyperästhesie, Sinnestäuschungen, dann erst Benommenheit, leichte Betäubung, die bei mittleren Gaben rascher, bei grossen ohne vorausgängige Erregung eintritt und sich zum Koma mit Bewusstlosigkeit steigert. Bei nervösen, hysterischen Individuen pflegen die Erregungserscheinungen stärker hervorzutreten (§ 43). Bisweilen bemerkt man auch nach selbst grossen Dosen kein reines Koma, sondern nur bedeutende Umnebelung des Bewusstseins mit heiteren Delirien. Verlangsamung des Vorstellungsverlaufes kann nach Einwirkung grösserer Mengen dieses Giftes noch für einige Zeit bestehen (Levinstein). Bei den Orientalen ruft das Opiumrauchen angenehme Umnebelung des Bewusstseins mit sinnlichen erotischen Phantasiebildern hervor und nur darum ist es ein Genussmittel.

Wird bei kleinen Kindern Opium habituell angewendet, so entsteht Schwachsinn und Blödsinn (Hydrocephalus), bei Erwachsenen aber ein Symptomencomplex, der als Opiophagismus bezeichnet wird.

Bei Opiophagen herrscht continuirlich mürrische Stimmung, Launenhaftigkeit, Gedächtnissschwäche, es entwickelt sich fortschreitende Imbecillität, Energielosigkeit zunächst gegenüber dem Laster, dann allgemeine Abulie, moralische Depravation; im Verlaufe desselben kommen wie bei der Morphiumsucht bisweilen Anfälle, die dem Delirium tremens gleichen, namentlich bei Entbehrung des Genussmittels, als Ausgänge aber Blödsinn mit allgemeiner Paralyse vor.

Der habituelle Gebrauch des Morphiums als Genussmittel (in Form subcutaner Injection), die Morphiumsucht[1]) (Levinstein), führt zwar nicht oft Geisteskrankheit im gewöhnlichen Sinne, aber gewisse Elementarstörungen der psychischen Processe und ausnahmslos Prädisposition zu transitorischem Irresein herbei.

Voran steht auch hier die Willensschwäche gegenüber dem zur andern Natur gewordenen, verhängnissvollen Bedürfniss nach dem Gifte. Dieses unbezwingliche Bedürfniss wird stets von Neuem angeregt durch die somatischen und psychischen Unlustgefühle, die tiefe Depression, welche sich dann einstellen, wenn die Wirkungen der vorhergegangenen Injection nachlassen. Eine neue Einspritzung scheucht diese Gefühle, versetzt das Individuum in einen Zustand von Euphorie, hilft ihm über sein „zum Theil selbst geschaffenes Elend hinweg“, ebenso wie die erste Injection Analgie, Befreiung von psychischer Pein herbeiführte. So schwankt der Zustand der Morphiophagen zwischen Trübsinn, geistiger Ermüdung, dumpfem Brüten, Verzagtheit und Heiterkeit,

1) Levinstein, Berl. klin. Wochenschr. 1875. Nr. 48; 1876. Nr. 14. — Derselbe, Die Morphiumsucht u. s. w. Berl. 1877.

Frische, Kraftgefühl, Lebendigkeit, gehobenem Selbstgefühl, je nachdem die Morphiumwirkung verflogen oder von neuem hervorgebracht ist. Es kommen übrigens, auch abgesehen von allgemeiner und psychischer Unruhe und Schlaflosigkeit, spontan wechselnde Gemüthsstimmungen, Hallucinationen und ein chronischer dem Delirium tremens alcoholicum ähnlicher Zustand (Delirium tremens der Morphiumsucht, Levinstein), in welchem neben Tremor eine gewisse Heiterkeit unterbrochen von Angstzuständen oder Depression am Tage herrscht, die Abends in Aufregung mit Sinnestäuschungen umschlägt. Der Kranke ist dabei klar oder kann wenigstens durch Unterhaltung zu sich gebracht werden. Eine moralische Depravation zeigt sich so lange der Patient im Besitze hinreichender Mengen des Genussmittels ist nur insofern, als er seine Schwäche verheimlicht, in Abrede stellt und auf das Schlaueste sein Morphium verbirgt; bei völliger Entziehung des Giftes manifestirt sich dieselbe in Bestechungsversuchen und es kann Morphiummangel bei der vollständigen Unfähigkeit des Kranken, dem Bedürfniss zu widerstehen, auch wohl zu unmoralischen Handlungen (Diebstahl u. s. w.) führen. Die psychopathischen Erscheinungen der Morphiumabstinenz sind tiefe Depression, heftige Angst, Schlafloisgkeit, Sinnestäuschungen. Oft steigert sich der Zustand zum acuten Delirium tremens der Morphiumsucht (Levinstein): es entsteht Agitation, die Kranken weinen und schreien, halluciniren stark, toben heftig einige Stunden lang; dann kommt eine ruhigere Periode mit hallucinatorischer Verworrenheit (bunte Vögel, Stimmen, Empfindung von Nasssitzen, Geruchsphantasmen) Selbstgespräche, Unterhaltung mit Truggestalten, hypochondrische Wahnvorstellungen (Wahn todt, begraben worden, Augenzeuge des eigenen Leichenbegängnisses gewesen zu sein). Auch schlafsüchtige Zustände, schwere Collapse mit Bewusstlosigkeit kommen vor und oft Impulse zum Selbstmord.

Chloroform bringt als Erstwirkung Euphorie hervor, es tritt psychische wie körperliche Analgie ein, dann folgt Abstumpfung der Apperception äusserer Eindrücke, Ideenflucht, Verworrenheit mit Sinnestäuschungen, je nach der Individualität, heitere Delirien mit Jubel, Lachen, bisweilen von erotischem Charakter, oder ängstliche Delirien mit Weinen, Jammern, hier und da auch furibunde Aufregung. Nach einiger Zeit (bei Potatoren bekanntlich erst spät) tritt Bewusstlosigkeit ein. Hinterdrein besteht Amnesie für die Zeit der eigentlichen Narkose, so sehr auch die Kranken bei Operationen geschrieen haben. (Analog wirkt der Aether, nur dass die Erregung länger, die Betäubung kürzer ist.) Chronische Chloroformvergiftung brachte in einigen Fällen Geistesstörung vom Charakter des moralischen Irreseins hervor (Buchner, Merie Vigla, Böhm).

Während das Chloralhydrat normalerweise nur Schlaf herbeiführt, sieht man bei nervösen, hysterischen, psychopathisch prä-

disponirten Individuen, bei Potatoren und Geisteskranken zumal nach kleinen Gaben heftige Erregung, Verworrenheit, Delirien auftreten. Chronische Chloralvergiftung wurde meist schon bei psychisch Kranken bisher beobachtet; dieselbe fällt daher, soweit sie psychopathische Symptome (verändertes Verhalten, Schüle) hervorruft, unter die Einflüsse, welche auf den Verlauf der Psychosen einwirken.

Die acute Intoxication mit Haschisch bringt je nach der Nationalität und Individualität verschieden detaillirte, aber vorwiegend heitere Rauschzustände hervor: das Bewusstsein ist nicht aufgehoben, Behagen und Lust, angenehme Phantasmen, zumal glänzende Visionen, stellen sich ein. Nach habituellem Missbrauch des Giftes hat man (im Orient) Psychosen, Manie und Blödsinn entstehen sehen.

§ 174. Endlich sind noch mehrere medicinische, öconomische und gewerbliche Vergiftungen zu erwähnen, welche zur Psychopathologie in naher Beziehung stehen: nämlich die Intoxicationen mit Atropin, Hyoscyamin, Chinin, Stickoxydul, Amylnitrit, dann mit einigen verdorbenen Nahrungsmitteln, mit Fliegenpilzen, endlich die Blei- und Quecksilbervergiftung und anhangsweise diejenige mit Jod, Brom, Arsen.

Atropin und Belladonna rufen in der Regel Delirien und Hallucinationen bald mehr von närrisch heiterem, bald von ängstlich furibundem Charakter hervor. Es können aber auch excessive Wuthanfälle mit grosser Gewaltthätigkeit, Sucht zu beissen, eventuell auch Hydrophobie in Folge der Giftwirkung sich entwickeln. Darauf folgen Betäubung, Sopor und Koma. Die gleichen Wirkungen haben Hyoscyamin und Hyoscyamuspräparate.

Chinin erzeugt bekanntlich rauschartige Umnebelung des Sensoriums, die sich bei grossen Gaben bis zur Verworrenheit mit Delirien steigern kann.

Stickoxydul bewirkt Undeutlichkeit der Gesichtswahrnehmungen, subjective Gefühle von Wärme und hochgradiger Leichtigkeit der Glieder, sehr lebhaften Fluss der Vorstellungen, Heiterkeit und Jubel. Dabei fallen alle Bewegungen unzweckmässig gross aus. Das Bewusstsein bleibt für die Dauer der Giftwirkung erhalten.

Amylnitrit ruft in mässigen Dosen einen Zustand hervor, der sich einem leichten Rausche analog verhält (Pick). Bei längerer Dauer der Einwirkung entsteht Angst, Unruhe, Stupor, das Bewusstsein schwindet nie vollkommen.

Auch bei Intoxicationen mit verdorbenen Nahrungsmitteln kommen bisweilen Hirnerscheinungen vom Charakter elementarer psychischer Störungen vor: so Angst, Aufregung und Unruhe, Benommenheit, Delirien bei Wurstvergiftung, bei Intoxication durch verdorbene Kartoffeln (Solanin) und Pilze. Wichtiger sind die Vergiftungen mit Muscarin, welche durch Genuss des Fliegenpilzes entstehen.

Derselbe wird, wie bekannt, von manchen asiatischen Völkern (Samojeden, Kamschadalen, Ostjäken u. s. w.) als Genussmittel gebraucht, weil er bei ihnen angenehme Rauschzustände hervorbringt. Die in Europa beobachteten Fälle ökonomischer Fliegenpilzvergiftung boten das Bild heftiger Rauschzustände mit Verworrenheit, Angst, Delirien und Neigung zu Gewaltthätigkeit.

Bleivergiftung. Unter den Symptomen der chronischen Bleivergiftung spielen Hirnerscheinungen, Delirien, Koma, Convulsionen eine wichtige Rolle. Sie werden zusammengefasst in dem Begriffe der Enkephalopathia saturnina. Die Delirien sind entweder ruhig, dabei bald heiter, bald melancholisch, oder wild, oft furibund mit excessiver Gewaltthätigkeit. Hallucinationen und Illusionen des Gefühls und Gehörs sind in der Regel vorhanden. Diese Störungen entwickeln sich plötzlich oder sie werden durch unbestimmte Vorboten eingeleitet, erreichen schnell die Akme, machen dann unregelmässige Remissionen und Exacerbationen, dauern meist nur einen bis mehrere Tage, wechseln nicht selten mit soporösen Zuständen ab oder gehen in Koma über, auf welches Ausgang in den Tod oder in Genesung folgt. Wenn primäres Koma auftritt, so entwickelt es sich ebenfalls rasch, wird nicht selten durch Delirien unterbrochen oder es geht in solche über. Häufig begleiten diese Zustände partielle oder allgemeine epileptiforme (selten kataleptische) Krämpfe.

Quecksilbervergiftung[1]). Der chronische Mercurialismus bringt häufig Abstumpfung der psychischen Thätigkeiten, Schwäche des Gedächtnisses und Urtheils hervor, die lange, selbst für immer, nach Hebung der Krankheit fortbestehen können. Trübsinn, Misslaunigkeit, Reizbarkeit sind ganz gewöhnliche Symptome dieser Vergiftung. Eine eigenthümliche oft Jahre dauernde Störung ist der sog. Erethismus mercurialis (Pearson). Die Kranken sind deprimirt, ängstlich, seufzen viel, schlafen unruhig, von ängstlichen Träumen geweckt, haben schreckhafte Phantasmen; jeder unerwartete Eindruck erregt sie, Anrede und Gespräche bringen höchste Verlegenheit bis zur Verwirrung und completen Haltlosigkeit hervor; erbleichend, zitternd stammeln die Kranken mühsam die Antworten auf gewöhnliche Fragen. Ebenso ist es ihnen unmöglich, ihre Arbeit zu verrichten, wenn sie sich dabei beobachtet wissen oder glauben. Die Traurigkeit und Reizbarkeit, die ängstliche, schreckhaften Sinnestäuschungen Vorschub leistende Stimmung der Quecksilberkranken können sich namentlich Nachts zu Anfällen von Raptus melancholicus mit grosser motorischer Unruhe steigern (sog. maniakalische Paroxysmen). Vollkommen ausgebildete Melancholie und Manie von längerer Dauer sind offenbar gleich Wahnsinn und Verrücktheit seltene Folgen des Mercurialismus. (Die sog. Hypochondria mercurialis beruht nicht auf Quecksilbervergiftung, es bildet nur die Furcht durch früheren Gebrauch des Mittels vergiftet zu sein den Kern der krankhaften Vorstellungsthätigkeit.)

1) Vergl. Kussmaul, Unters. üb. d. const. Mercurialismus. Würzb. 1861. S. 266 ff.

Rauschartige Umnebelung des Sensoriums mit Schwindel und Phantasmen, seltener an Paralysis progrediens erinnernde Erscheinungen kommen bei Jodismus vor. Die psychischen Symptome des Bromismus sind wechselnd (deprimirte Stimmung, Aufregung, Somnolenz mit ängstlichen Träumen). Dass die chronische Arsenvergiftung sehr verschiedene Formen haben kann, geht daraus hervor, dass die Arsenikesser (in Steyermark) muthig und stark sind, während andererseits als Symptome des chronischen Arsenicismus psychische Verstimmung und Apathie angeführt werden.

§ 175. Krankheiten einzelner Organe und Organsysteme. Was zunächst die Rückenmarkskrankheiten[1]) anlangt, so bringen viele von ihnen gar keine Störungen der psychischen Processe mit sich, andere hingegen verlaufen häufig, sogar ziemlich regelmässig mit psychopathischen Elementarerscheinungen und Complexen von solchen: Gemüthsdepression und Angst, Stimmungswechsel, Launenhaftigkeit, Schreckhaftigkeit, Gedächtnissschwäche, Delirien, Benommenheit, geistige Abstumpfung, soporöse Zustände kommen am häufigsten vor.

Sieht man ab von den Affectionen, welche Hirn und Rückenmark zugleich betreffen und deshalb cerebrospinale Krankheiten im engeren Sinne genannt werden, im gleichen von den secundären Störungen, wie Urämie, Pyämie (nach Decubitus), die von Rückenmarksaffectionen in letzter Instanz herrührend, psychische Störungen mit sich bringen können, so bleiben als Modi der Entstehung von psychopathischen Erscheinungen bei spinalen Krankheiten übrig einmal das Uebergreifen der Rückenmarksaffectionen auf das Hirn und zweitens die wenigstens möglichen Störungen in der Innervation vasomotorischer, die Circulation im Schädel beeinflussender, spinaler Apparate (vergl. hierzu Erb a. a. O. S. 144).

§ 176. Bei Lungenkrankheiten[2]) sind von einfacheren psychischen Anomalien Angst und leichte Gemüthsdepression ziemlich häufig. Dass Pneumonie und Tuberculose ausgesprochenes Irresein hervorbringen können, ist bereits erwähnt worden. Auch vom Emphysem ist behauptet oder wahrscheinlich gemacht worden, dass es allerdings in sehr seltenen Fällen psychische Störung herbeiführen könne (Griesinger, Snell, Flemming, Simon).

1) Erb, v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. Bd. XI. 2. — Obersteiner, Wien. med. Wochenschr. 1875. Nr. 29 u. 30.

2) Vgl. § 161, 166; Emphysem betreffend vgl. Griesinger, Lehrb. S. 201. Arch. d. Heilk. Bd. IV. S. 466. — Flemming, Psychosen. S. 137. — Simon, Berl. klin. Wochenschr. 1866. Nr. 33.

§ 177. Zahlreiche, aber doch nur elementare Anomalien im psychischen Verhalten werden bei Herzkrankheiten[1]) häufig beobachtet: Angst, gemüthliche Depression, Stimmungswechsel, Reizbarkeit bis zur Zornmüthigkeit, auch Sinnestäuschungen, Verwirrung, verschiedenartige Delirien kommen als intercurrente Symptome zumal bei Compensationsstörungen vor. Eine hervorragende Rolle in der Aetiologie der Geisteskrankheiten im engeren Sinne spielen die Herzkrankheiten, wie jeder weiss, der täglich solche Kranke behandelt hat und wie auch statistisch nachgewiesen ist, durchaus nicht. Sehen wir ab von den älteren, wenig brauchbaren Angaben, die sich bei Friedreich finden, so scheint aus den Beobachtungen von Mildner, Leidesdorf, Burman, Witkowski, Karrer hervorzugehen, dass Herzkrankheiten im Allgemeinen dem Zustandekommen von hypochondrischer Melancholie, Schwermuth überhaupt, dabei einer gewissen Unstetigkeit mit triebartigen Handlungen, Neigung zu Gewaltthätigkeiten gegen Andere und die eigene Person Vorschub leisten, dass specieller Hypertrophie des linken Ventrikels und Aortenklappenfehler mit maniakalischen Aufregungszuständen, Hypertrophie des rechten Ventrikels und Fehler der Mitralis mit melancholischer Depression vorzugsweise verbunden seien. Dass Herzatrophie bezw. Agenesie mit Entwickelungshemmung des Gehirns zusammenfallen kann, ist bekannt; es ist auch wahrscheinlich, dass mangelhafte Evolution des Herzens Entwickelungshemmung des Gehirns verursachen könne. Endocarditis und Klappenfehler vermögen durch embolische Processe Hirn-, speciell auch Geistesstörungen herbeizuführen (Gerhardt, Westphal).

Bei Morbus Basedovii[2]) finden sich als elementare Störungen der psychischen Processe Gedächtnissschwäche, Unfähigkeit zu denken, leichte Depression und Impressionabilität (Weinerlichkeit), Stimmungswechsel. Bisweilen alterniren Zustände von trauriger Gemüthsstimmung mit Exaltationen. Mir selbst sind zwei Fälle vor-

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich, Allg. Path. d. psych. Krankh. u. s. w. S. 365. — Saucerotte, Ann. méd. psych. 1844. Sept. — Leidesdorf, Wien. Zeitschr. 1853. H. 1. S. 1. H. 7. S. 1. — Mildner, Wien. med. Wochenschr. 1857. Nr. 45. — Witkowski, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXII. S. 347. — Solfanetti, Arch. it. per l. mal. nerv. Mail. Mai 1874. A. XI. T. III. S. 317. (Wien. psych. Centralbl. 1874. Nr. 6.) — Karrer in Hagen's statist. Unters. u. s. w. Erl. 1876. — Silbernick, Ueber Delirien bei Herzkranken. Diss. Würzb. (Gerhardt) 1875.

2) Andrews, Amer. Journ. of Insan. 1870. Iul. S. 1. — Solbrig, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. XXVII. S. 5. — Robertson, Journ. of ment. etc. 1875. Oct.

gekommen, in denen ausgesprochene psychische Störung bestand, einmal Melancholie, das andere Mal periodische Manie mit Neigung zu Alkoholexcessen.

§ 178. Von wesentlichem Einfluss auf die psychischen Processe sind gewisse Magen- und Darmkrankheiten[1]). Schon bei acutem Magenkatarrh ist öfter die Stimmung deprimirt und das bedeutende Krankheitsgefühl kann übertreibende hypochondrische Ideen associiren. Bei psychopathischen Individuen können sogar Delirien auftreten.

Ausgeprägter und hartnäckiger bis zur melancholischen Verstimmung, selbst zur Schwermuth mit fixen Ideen anwachsend, treten diese psychischen Störungen bei chronischer Gastritis hervor. Es kann so weit kommen, dass, wie neuerdings Leube im Anschluss an Bird hervorhebt, „die traurige Verstimmung dem reichen Kaufmann in den Mussestunden das Elend der hereinbrechenden Armuth, dem Handwerker das Gespenst des Arbeitshauses im Gegensatz zu den wirklichen Verhältnissen vorführt“. Muthlosigkeit und tiefe Verstimmung kommen bisweilen bei Ulcus ventriculi vor (Leube).

Chronischer Darmkatarrh mit habitueller Stuhlverstopfung ist eine sehr ergiebige Quelle hypochondrischer Verstimmung und völlig ausgebildeter Hypochondrie.

Um die vagen, wie alle Störungen des Allgemeingefühls überhaupt undeutlichen, aber nichts desto weniger sehr peinlichen Empfindungen und Sensationen und um die Ergebnisse der penibeln Selbstbeobachtung dreht sich die ganze Vorstellungsthätigkeit. Nur für den eigenen Zustand hat der Kranke noch lebhafte Interessen — er führt sogar Buch über seine Selbstbeobachtungen (Leichtenstern) — die übrigen Interessen kommen ihm abhanden oder werden matt, die ästhetisch-moralischen Gefühle können selbst bei fein gebildeten Leuten verstummen: der Kranke scheut sich nicht, mit Weitschweifigkeit von seinen Ausscheidungen, von „versetzten Winden“ u. s. w. in Gesellschaft zu sprechen, jeder Abgang von Fäcalmassen oder Darmgasen ist ihm ein so wichtiges Ereigniss, dass er nicht nur gern darüber berichtet, sondern diese Vorgänge auch ablaufen lässt, ohne die vom

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich a. a. O. Nr. 1415 ff. — Derselbe, Allg. Path. u. s. w. S. 386 ff. — Amelung, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. II. S. 165. — Flemming, ibid. H. 1 u. 2. — Derselbe, Psychosen u. s. w. S. 138. — Prichard, Prov. med. Journ. 1844. Nr. 174. — Marcé, Ann. med. psych. 1860. VI. S. 15. — Craigner-Stewart, Psychol. Journ. X. 1863. S. 254. — Campbell, Journ. of ment. sc. 1875. Jan. — Leube in v. Ziemssen's Handb. d. Path. Bd. VII, 1. S. 30. 66. 99. — Leichtenstern, ibid. S. 482 ff. — Von den Lehrbüchern der Psychiatrie Griesinger S. 201; Schröder v. d. Kolk, übers. v. Theile. S. 177.

Anstandsgefühle gebotenen Bedingungen zu erfüllen. Auch Melancholie, die mit selbstquälerischen Zwangsideen anfängt und schliesslich unter langsamer Steigerung der Symptome (Präcordialangst, Gewissensbisse u. s. w.) zu Schwermuth mit Versündigungswahn und Selbstmordtrieb anwächst, soll nach Schröder v. d. Kolk bei inveterirtem, schon Jahre lang bestandenem, Dickdarmkatarrh nicht selten vorkommen.

Dass vorübergehende Obstipation hallucinatorisches Delirium veranlassen kann, ist bereits früher erwähnt worden (§ 82). Interessant ist weiterhin die Beobachtung Graigner Stewart's über eine periodische, von melancholischem Vorstadium eingeleitete Manie, die wahrscheinlich durch Stuhlverstopfung hervorgerufen war; denn wenn diese beseitigt wurde, schwand die Melancholie und die Manie blieb aus.

Oben war schon die Rede von den psychischen Symptomen der Hydrothionämie, die vielleicht bei chronischer Stuhlverstopfung, sicher nach Perforation von Magen und Darm entstehen kann, im Gleichen von der Acetonämie, welche, wie angenommen wird, auch bei abnormer Zersetzung von Darminhalt sich entwickeln kann.

Dass Helminthiasis[1]) nervöse Symptome und unter diesen auch elementare psychopathische Erscheinungen, Depression und Angst, Stimmungswechsel, Reizbarkeit u. s. w. mit sich bringe, ist bekannt. Wie schwerere Neurosen, Epilepsie, Chorea, Tetanie, so beobachtet man auch bisweilen, aber gewiss nur bei schon Prädisponirten ausgebildete Psychosen.

So besonders plötzlich beginnend, maniakalische Anfälle, die mit der Entfernung der Parasiten verschwinden (Manie vermineuse); verschiedenartige periodische, aber im Einzelfalle sich gleichende Paroxysmen von Delirium oder Bewusstseinsumnebelung habe ich, gleich Anderen, bei Kindern gesehen, die mit Askariden behaftet waren. Die Oxyuren können bei Kindern und, wie ich mich selbst überzeugt habe, bei Erwachsenen (Frauen) durch locale Reizung Pruritus der Genitalien, und so Nymphomanie oder auch traurige Verstimmung mit Angst bedingen. Vix hält dafür, dass durch chronische Helminthiasis der Psychose ein bestimmter Charakter aufgedrückt werde; grosse Veränderlichkeit in der Gemüthsstimmung, Wechsel zwischen Depression und Exaltation, Auftreten abenteuerlicher Ideen, zum Theil auf die eigene Person gerichtet, meist mit geschlechtlicher Färbung, Vorwiegen deprimirender Affecte bei triebartigem „Benehmen", Ausartung des Nahrungs- und Geschlechtstriebes (Richtung auf das Ekel-

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich a. a. O. Auch bei Griesinger, Lehrb. S. 202, bei Neumann, Lehrb. S. 164 Literaturangaben. — Leidesdorf, Med. Zeitung Russl. 1851. Nr. 23. — Debout, Bull. génér. d. Ther. 1856. Jan. — Vix, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XVII. S. 2. 149. 225.

hafte und Obscöne), Sinnestäuschungen, Zerfahrenheit — dies alles sind nach ihm charakteristische Erscheinungen, aus welchen man auf die Anwesenheit von Helminthen schliessen kann (?).

Die Leberkrankheiten werden hauptsächlich insofern Ursachen von elementaren und complicirteren psychischen Störungen, als sie Cholämie herbeiführen. Das Nähere über den Zusammenhang der einzelnen Leberkrankheiten mit der Blutvergiftung gehört in die specielle Pathologie der chylopoetischen Organe. Erwähnt sei nur, dass manche derselben (zumal acute Atrophie) zugleich auch febrile Hirnerscheinungen veranlassen. In wie weit man dem Echinococcus der Leber einen Einfluss auf die Entstehung von Melancholie (Nasse [1]), Kelp) zuschreiben darf, mag dahin gestellt bleiben.

§ 179. Nierenkrankheiten [2]). Die acute Urämie bringt Bewusstseinsumnebelung, Sopor bis zum tiefsten Koma als psychische Symptome mit sich. Gedächtnissschwäche, Trägheit des Denkens, Apathie, kurz geistiger Torpor sind bei chronischer Urämie gewöhnliche Erscheinungen.

In seltenen Fällen hat man Nierenkrankheiten (acut. u. chron. Morb. Brightii, Granularatrophie, Amyloidentartung, Mangel einer Niere), maniakalische Anfälle, heitere Stimmung von kürzerer oder längerer Dauer, agitirte Melancholie, Verfolgungswahn, exquisiten Stupor von protrahirtem Verlaufe beobachtet. (Clarus, Hagen, Rosenstein, Bartels, Jolly, S. Wilks, Scholz.) Bei einem Maschinenheizer sah ich Paralysis progrediens sich rasch entwickeln, als eine katarrhalische Nephritis in Folge von Gonorrhoe entstand. Längere Zeit traten dann die Symptome der Hirnaffection zurück; die Nierenkrankheit schritt langsam fort, bis endlich der Kranke unter den Erscheinungen der späteren Perioden beider Affectionen starb. Scott Doncin hält diejenigen Fälle von Puerperalmanie, bei denen Albuminurie besteht, für Fälle von Urämie, will sie daher als „renal-puerperal“-Manie von anderen unterschieden wissen.

Bei Morbus Addisonii [3]) sind fast stets elementare psychische Anomalien vorhanden; gemüthliche Depression, Apathie, Abnahme der geistigen Energie, des Gedächtnisses, der Intelligenz,

1) Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XX. S. 521.

2) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich, Allg. Pathol. d. psych. Krankh. u. s. w. S. 403. — Hagen, Verhandl. der psych. med. Soc. zu Erlangen. 1870. Bd. II. — Jolly, Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 21. — S. Wilks, Journ. of ment. sc. 1874. Jul. S. 243. — Scholz, Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 41.

3) Zur Literatur: Averbeck, Die Addison'sche Krankheit. Erl. 1869. Daselbst auch Literatur. — Williams, Brit. med. Journ. 1867. 9. Feb. — Malabouche, De l'asténie surrénale dans ses rapp. avec la folie. Thèse. Montpellier 1868. (Virch. Jahrb. 1868. Bd. II. 1. S. 12. 17.)

zeitweise Delirien, aber auch leichtere persistente Geistesstörungen (Averbeck) und ausgebildete Psychosen (Melancholie — Williams, Verf., Tobsucht — Malabouche) kommen bei Affectionen der Nebennieren vor.

Einen Fall von Morbus Adisonii und gleichartiger Insufficienz und Stenose der Mitralis, bei welchem der psychische Zustand einer Moral insanity gleich, habe ich selbst lange Zeit unter den Augen gehabt.

§ 180. Sieht man von den vorzugsweise an der allgemeinen Decke localisirten Infectionskrankheiten (acute Exantheme, Erysipel, Pellagra) ab, so ergibt sich, dass die Hautkrankheiten nur in sehr entfernten Beziehungen zur Aetiologie der psychischen Störungen stehen. Wenn frühere Schriftsteller viel von dem Einflusse der Krätze auf das Zustandekommen von Alienation zu berichten wussten, so lag der Grund davon wohl in der eingreifenden Behandlung, welche bei dieser Affection üblich war. Wie aber Pruritus der Genitalien Angst, Unruhe und Unfähigkeit zum Denken, gemüthliche Verstimmung herbeizuführen im Stande ist, so auch können heftig juckende Hautausschläge bei prädisponirten Individuen störend auf die psychischen Processe einwirken. Nach den Beobachtungen von Handfield Jones, Buissard, Verf (§ 45) scheint höheres Alter eine solche Prädisposition herbeiführen zu können.

Bekanntlich fällt nicht selten mit seniler Hirnatrophie Pruritus senilis zusammen, und es ist denkbar, dass eine juckende Hautaffection im Verein mit dem letzteren einen sehr starken Reiz bilde für die bereits in Marasmus befindlichen Centralorgane. Ich bin zu dieser Annahme auch desshalb geneigt, weil ich gesehen habe, dass einfacher seniler Pruritus, wenn er mit Heftigkeit auftritt, Schwindel veranlassen kann. Es würden sich demnach die Alterationen der psychischen Processe im Gefolge juckender Hautkrankheiten den algetischen Psychosen (§ 157) anreihen.

§ 181. Von besonderer Bedeutung für die allgemeine Aetiologie der Seelenstörungen sind abnorme Zustände und Erkrankungen der Genitalien[1]). Die energischen Rückwirkungen auf die

1) Zur Literatur vgl. die Lehrbücher der Chirurgie, Gynäkologie, Pathologie, die Monographien über Erkrankungen der männl. u. weibl. Genitalien, auch die meisten der wiederholt angeführten psychiatr. Lehrbücher. Literaturangaben über d. Einfluss von Onanie u. Geschlechstkrankh. bei Männern vgl. bei Curschmann v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. Bd. IX, II. S. 361; bei Frauen vgl. Amann a. a. O. (§ 158). — Arndt, Berl. klin. Wochenschr. 1870. Nr. 28. — v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXI. S. 426. — vgl. auch § 102 ff. § 142. § 158 dieser Schrift.

gemüthlich-geistige Gesammtverfassung, welche abnorme Reizbarkeit und functionelle Schwäche wie anatomische Störungen im Bereiche dieser Organe hervorzubringen im Stande sind, lassen gerade diese Anomalien als gemischte Ursachen des Irreseins erscheinen. Mit Recht stehen sie daher zwischen den somatischen und psychischen ätiologischen Momenten.

Was zunächst die Masturbation betrifft, so ist der schädliche Einfluss derselben auf das psychische Leben allgemein anerkannt, obwohl die Ansichten der Beobachter über diesen Gegenstand vielfach differiren. Während die einen der Onanie eine ganz bedeutende Anzahl von Fällen psychischer Störung zuschreiben, gestehen andere diesem Laster einen verhältnissmässig geringen Einfluss auf die Entwickelung von Psychosen zu.

In der Kindheit begonnen, im Jugendalter übermässig betrieben, hemmt die Masturbation entschieden die psychische Evolution, sie kann sogar zu einer bestimmten Form der Entartung Veranlassung geben, welche sich sowohl auf intellectuellem Gebiete als im Gefühlsleben manifestirt.

Mangel an Erinnerungsschärfe und Fassungskraft, daher an Lerntrieb und Wissensdrang, geistige Trägheit treffen dann zusammen mit Kälte des Gemüths, scheuem, verschlossenem Wesen, mit Reizbarkeit bei habitueller Depression, eventuell mit instinctiver Bosheit. Einseitig gesteigert ist aber die Phantasie im Bereiche sexueller Vorstellungen: es entsteht eine partielle Frühreife, die mit dem sonstigen Stande der geistigen Entwickelung contrastirt, zu welcher noch — ebenfalls im Widerspruch mit der letzteren stehende — Schlauheit, dem Laster im Verborgenen zu fröhnen und dasselbe zu dissimuliren, selbst bei noch jungen Individuen hinzukommt. Denn ein Bewusstsein der Widernatürlichkeit des Treibens entwickelt sich schon frühe. Es kann diese Verschlossenheit und Heimlichkeit im Rahmen mehr oder weniger ausgesprochener Beschränktheit, verbunden mit Kälte des Gemüthes, moralischer und ästhetischer Abstumpfung, stabil bleiben und zu unabänderlichen Degenerationen, zur Charakterverschlechterung führen.

Wenn aber die Masturbation derartige schlimme Folgen in Bezug auf Gefühle und Intelligenz nicht hatte und im Jugend- und Mannesalter noch fortgesetzt oder überhaupt erst begonnen und excessiv betrieben wird, so kommt zu dem mehr somatischen Momente der allgemeinen nervösen Erschöpfung noch das psychische hinzu: Reue, Scham, Gewissensbisse über das als solches erkannte Laster, das Rückfälligwerden trotz aller guten Vorsätze, welche bei den Einzelnen aus verschiedenartigen (religiösen, moralischen, rationellen) Motiven hervorgingen, das willenlose Unterliegen unter dem mächtigen Triebe bringen innere Disharmonie, Unzufriedenheit des Kranken

mit sich selbst, Missmuth hervor. Er merkt, dass er nicht mehr die geistige Frische und Energie wie früher hat, leicht vergisst, nicht anhaltend denken kann, dass seine Willenskraft auch im allgemeinen abgenommen hat. Zeitweise kommen Aengstlichkeit und Angstparoxysmen, der Kranke ist schreckhaft, feig in jeder Beziehung, verlegen beim Zusammensein mit andern, zumal körperlich oder geistig imponirenden Individuen, er wird scheu, zieht sich von der Welt zurück und es können, namentlich wenn das Gespräch auf sexuelle Verirrungen kommt, Zustände auftreten, welche dem Erethismus mercurialis (§ 174) ähnlich sind. Dies ist z. B. im ärztlichen Sprechzimmer der Fall, wenn der Kranke, wohl wissend, woher seine Störungen rühren, wegen „häufiger Pollutionen“ sich vorstellt. Ebenso sophistisch betont er dann seinen „keuschen“ Lebenswandel (Curschmann) und gibt vorerst zu, dass er früher masturbirt habe, kann sich aber nur schwer zu dem Geständniss entschliessen, dass er dem Laster noch ergeben ist. Hat er aber dies wirklich bekannt, so wird er beredt über die Unnatürlichkeit seines Treibens; aber man hat den Eindruck, dass die mit Pathos gegebenen Betheuerungen sich von jetzt ab zu beherrschen ihm oft selber nicht Ernst sind.

Weiter fortgeschrittene oder überhaupt von vorn herein schwere Fälle bieten oft das Krankheitsbild der Melancholie in verschiedenen Formen dar: der Schwermuth mit Angst, mit Todesgedanken, hie und da mit Neigung zum Selbstmord, der Schwermuth mit hypochondrischen Ideen, mit religiöser Färbung. Nicht selten sind die Fälle von hallucinatorischer Verrücktheit mit dem Wahn elektromagnetisch beeinflusst zu werden (Ellinger, Spielmann, v. Krafft-Ebing u. A.). Auch in der Aetiologie zahlreicher anderer Psychosen (wie der Neurosen und anatomischen Nervenkrankheiten überhaupt) wird der Onanie eine wichtige Rolle zugeschrieben (krankhafte Fragesucht, impulsives Irresein, Nymphomanie, primäre Verrücktheit, progressive Paralyse, hereditäres, hysterisches, epileptisches Irresein, endlich erworbener Schwach- und Blödsinn). Es ist daher nicht möglich, mit Skae u. A. von einem specifischen Irresein in Folge von Masturbation zu sprechen (v. Krafft-Ebing).

Schon früher (§ 106) ist hervorgehoben worden, dass die Masturbation durch böses Beispiel und Verführung, durch Krankheiten der Genitalien, der Unterleibsorgane (Helminthiasis u. s. w.) veranlasst und so auch bei nicht neuropathisch disponirten Individuen früher oder später zur Gewohnhnheit werden, mithin auch schlimme Folgen für das psychische Leben nach sich ziehen kann. Die Haupt-

sache bleibt jedoch, wie ebenfalls schon erwähnt wurde (§ 106, 155), dass frühes Erwachen des Geschlechtstriebes und besonders sehr starke sexuelle Begehrlichkeit Symptome der angeborenen oder erworbenen Anlage zu Psychosen und Neurosen bilden, so dass die Onanie, welche diesen abnormen Zustand der Centralorgane anzeigt, einmal steigernd auf die Prädisposition einwirkt, dann aber auch allmählich, indem sie anhaltend fortgesetzt wird, Geistesstörung herbeiführt, die schon von langer Hand vorbereitet war (individuelle Anlage). Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass Ellinger, gestützt auf sorgfältige Untersuchungen, zu der Ueberzeugung gelangte, dass durch gewohnheitsgemäss betriebene Onanie den accidentellen Ursachen des Irreseins die Einwirkung erleichtert, also eine besondere Prädisposition begründet werde. Auch v. Krafft-Ebing vertritt neuerdings diese Ansicht.

Excesse im normalen Geschlechtsgenuss werden gleich der Masturbation für wichtige accidentelle und prädisponirende Ursachen des Irreseins gehalten; doch schreibt man ihnen eine verhältnissmässig weniger verderbliche Wirkung als jener zu. Die Neigung zu geschlechtlichen Ausschweifungen wurzelt ebenso wie die Hingabe an die Onanie sehr oft in vorhandener neuropathischer Anlage; häufig ist dieselbe Symptom bereits beginnender centraler Erkrankung und dann wirken natürlich die Excesse fördernd auf die Weiterentwickelung der Störung ein. Erfahrungsgemäss sind die sexuellen Excesse, sie mögen in der Ehe oder ausserhalb derselben geschehen, den Männern gefährlicher als Frauen. In der Aetiologie der progressiven Paralyse spielen sie eine wichtige Rolle und diese Krankheit befällt ja vorzugsweise Männer. H. Neumann ist so weit gegangen, als den Ursprung dieses Krankheitsprocesses überhaupt geschlechtliche Excesse hinzustellen. Aber auch andere Psychopathien hat man nach sexuellen Ausschweifungen sich entwickeln sehen, so transitorische Mania sine delirio (Fieber), mit Epilepsie complicirtes Irresein, das sich durch das Symptom der Erinnerungstäuschung (§ 68) auszeichnete (H. Neumann) u. s. w. — Wenn, wie einige Beobachtungen von Esquirol und Guislain darthun, Irresein in Form von Manie oder Nymphomanie nach dem ersten Coitus (in der Ehe bei jungen Frauen), dann krankhafte Fragesucht nach der Cohabitation oder Impulse zu Gewaltthätigkeit, zu Mord nach dem Geschlechtsacte auftreten, so handelt es sich ausnahmslos um stark prädisponirte oder schon psychisch kranke Individuen.

Von manchen Beobachtern (Esquirol, Marc, Griesinger) wird auch der Enthaltsamkeit vom normalen Geschlechts-

genuss, der sexuellen Nichtbefriedigung ein Einfluss auf das Zustandekommen von Irresein zugeschrieben. Wenn im Allgemeinen ledige Personen häufiger geisteskrank werden als verheirathete, so mag zu einem geringen Theile auch der Mangel an sexueller Befriedigung dazu beitragen. Es ist aber nicht zu vergessen, dass freiwilliges Cölibat schon Symptom der individuellen Prädisposition sein kann (Hagen u. A.), dass es geschlechtlichen Verkehr nicht ausschliesst, dass widernatürliche Befriedigung auch hier vielleicht oft mehr Einfluss ausübt als jene Entbehrung. Die stärkere Belastung der Verwittweten wird man ebenso wenig allein auf diese Verhältnisse zurückführen dürfen.

Impotenz und Spermatorrhoe, meist Folgen von excessiv betriebener Masturbation oder von sexuellen Excessen bringen melancholische Zustände namentlich mit hypochondrischen Ideen oder auch religiöser Färbung, nicht selten intellectuelle Schwäche, Gemüthsstumpfheit und sehr häufig, beinahe regelmässig, Energielosigkeit, Willensschwäche, auch psychische Vulnerabilität, Misstrauen, fixe Ideen verspottet, verachtet zu werden mit sich (Lallemant, Lisle u. A.). Bisweilen kommen wirklich hysterische Zustandsformen mit entsprechenden psychischen Anomalien bei diesen Störungen der männlichen Genitalien zur Entwickeluug. Vom Einflusse frühe erworbener oder angeborener Defecte der Zeugungsorgane auf das psychische Leben war bereits früher gelegentlich die Rede (§ 108).

Die functionellen und organischen Erkrankungen des weiblichen Geschlechtsapparates stehen bekanntlich in sehr nahen Beziehungen zu dem Symptomencomplex der Hysterie; die psychischen Anomalien und Irreseinsformen, welche bei diesen Krankheiten beobachtet werden, fallen aber, wie Louis Mayer gezeigt hat, nur zum Theil unter den Begriff der hysterischen Seelenstörungen. Im Ganzen kommen den Psychosen in Folge von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane dieselben Charaktere zu, wie denjenigen, welche auf andere ätiologische Momente hin sich entwickeln. Die Menstruationsanomalien, deren Aetiologie zu erörtern nicht unsere Aufgabe ist, können die psychischen Processe vollkommen intakt lassen. Dies gilt in gleicher Weise von der gänzlich fehlenden Periode, den Unregelmässigkeiten derselben und vom zu reichlichen Monatsfluss (Louis Mayer). Aber man beobachtet auch acutes Irresein bei plötzlich ausbleibender Regel, das nach Wiederherstellung derselben verschwindet, und weiterhin kurzdauernde oder protrahirte Psychosen in Folge von Metrorrhagie (Anämie), die ebenfalls mit Beseitigung der Ursache heilen. In diesen Fällen muss selbstverständlich

ermittelt werden, ob nicht andere Ursachen vorher schon eingewirkt hatten, welche Seelenstörung bedingen können; denn es ist eine bekannte Thatsache, dass Psychosen oft mit Anomalien der Menses und mit Störungen der allgemeinen Ernährung verlaufen. Pruritus der Vulva kann, wie erwähnt, Aufregung, Angst, traurige Gemüthsverstimmung, Unfähigkeit zu denken veranlassen und wegen der unbezwinglichen Neigung zu kratzen alle Folgen der Masturbation nach sich ziehen. Dass Vaginismus bei Verheiratheten Ursache von Seelenstörung — Gemüthsverstimmung mit heftiger Angst, Bitterkeit, Schmäh- und Zanksucht — werden könne, ist nach Arndt's Beobachtungen wahrscheinlich: bei erfolgreicher Behandlung des Leidens verschwanden auch die psychopathischen Erscheinungen. Von den organischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien sind erfahrungsgemäss die entzündlichen Vorgänge die wirksamsten Ursachen von Seelenstörungen, die bösartigen Degenerationen wiederum psychopathologisch fast irrelevant. Zwischen diesen Extremen stehen die Entwickelungsfehler, die Lage- und Formveränderungen des Uterus und der Vagina, die gutartigen Neoplasmen, die Continuitätstrennungen (Fisteln, Ruptura perinei u. s. w.), welche sämmtlich vorzugsweise durch psychische Vermittelung störend auf das Seelenleben einwirken, indem sie zum Theil Sterilität bedingen, zum Theil widerliche und dauernd das Bewusstsein beschäftigende Functionsstörungen am Darm und an den Harnwegen sowie an den Genitalien selbst herbeiführen.

§ 182. Psychische Ursachen. Dass psychische Einflüsse der verschiedensten Art sehr wichtige Ursachen der Seelenstörungen ausmachen, ist allgemein anerkannt. Von manchen Forschern werden sie sogar für die ergiebigste Quelle des Irreseins gehalten (Pinel, Esquirol, Griesinger, Guislain), während Andere (Skae) denselben nur eine geringe Bedeutung beimessen. Es ist aber ebenso anerkannt, dass bei diesen Verhältnissen von Ursache und Wirkung die individuelle Prädisposition noch schwerer ins Gewicht fällt, als bei den Beziehungen somatischer Schädlichkeiten zu Psychosen. Wenn die alltägliche Erfahrung ergibt, dass in zahlreichen Fällen von Geistesstörung psychischer Shok oder länger dauernde geistige Ueberanstrengung verschiedener Art dem Ausbruche der Psychose vorausgingen, so lässt sich doch wieder oft genug nachweisen, dass diese Alienationen durch individuelle Anlage unter Umständen schon lange vorbereitet waren und die veranlassende psychische Ursache Zustände vorfand, welche ihrer Einwirkung günstig waren.

Ausserdem ist nicht zu vergessen, dass beginnende, noch latente Geistesstörung gesteigerte Empfänglichkeit für psychische Einflüsse begründet, so dass Einwirkungen oft für wahre Ursachen des Irreseins gehalten werden, die selbst schon abnorme Effecte erzielten und den Ausbruch der Störung determinirten. Selbstverständlich aber wird man nicht in allen Fällen, wo Irresein nach psychischen Einflüssen sich entwickelt, eine besondere Prädisposition, die schon als krankhafter Zustand angesehen werden muss (§ 141, 146), annehmen. Vielmehr ist die Anlage zu Geistesstörungen aus psychischen Ursachen in gewissem Sinne allgemein. Das geistige Leben, speciell die gemüthliche und moralische Seite desselben, bringt eine solche Prädisposition fast ausnahmslos mit sich; jedes voll entwickelte Individuum hat einen kleinern oder grössern Kreis von Interessen, es sind in ihm Complexe von Ideen lebendig, die starke Gefühle unterhalten, und wenn sie sich auch bald mehr auf materielle, bald mehr auf geistige Objecte beziehen, immer haben sie den Werth intellectuellen Besitzthums, dessen Gefährdung oder Verlust nicht ohne Wirkung auf das Gleichgewicht der psychischen Processe bleibt. Hiermit ist schon ausgesprochen, dass in erster Instanz depressive Gemüthsbewegungen Ursachen des Irreseins bilden. Je heftiger sie sind, desto leichter können auch wenig oder gar nicht individuell prädisponirte Menschen unter ihrem Einflusse psychisch erkranken.

§ 183. Zahlreiche depressive Affecte, welche hierher gehören, werden als Schreck zusammengefasst. Schreck kann einmal entstehen, wenn materielle — im Grunde genommen doch auch intellectuelle — und rein geistige Güter plötzlich gefährdet sind oder wirklich verloren werden, welche dem Menschen überhaupt seiner ganzen Natur nach theuer sind. Jähe und völlig unerwartet herantretende Gefahr für das eigene Leben, für dasjenige geliebter Angehöriger, ganz plötzlicher Tod nahe stehender Personen, dann Angriffe auf die Schamhaftigkeit, Entehrung, Stuprum, aber auch fahrlässige Handlungen und Unterlassungen, die schwere Folgen unmittelbar nach sich ziehen, plötzlicher Verlust aller materiellen Besitzthümer u. s. w. können ebensowohl Geistesstörung wie andere Neurosen direct herbeiführen. Weiterhin wird Schreck schon unter den begünstigenden prädisponirenden Bedingungen eintreten und wirken, wenn persönliche, aus den Lebensverhältnissen selbst hervorgegangene, sehr lebhafte Interessen plötzlich gegenstandslos, wenn berechtigte Hoffnungen und Wünsche mit einem Schlage vereitelt werden. Die lange „Concentration der Wünsche“ auf einen Gegenstand, das „Dichten

und Trachten" nach einer Sache ist wegen der Einseitigkeit der Ideen und Gefühlsrichtung der besonderen Prädisposition zu psychischer Störung sehr nahe verwandt. Daher können plötzliche Einsicht in die Vergeblichkeit langen ehrgeizigen oder auf materiellen Besitz gerichteten Strebens jeder Art, Enttäuschungen in der Liebe u. s. w. psychische Störung direct herbeiführen. Endlich entsteht Schreck ohne berechtigte Motive, aber blos bei besonders zum Erschrecken Prädisponirten, bei Kindern, bei Frauen, bei furchtsamen und nervösen Individuen und grösseren Menschengruppen (§ 33).

Wie der Schreck zahlreiche Neurosen und Nervenkrankheiten (Chorea, Epilepsie, Lähmungen, Basedow'sche Krankheit, neuropathischen Diabetes u. s. w.) veranlassen kann, so bringt er auch differente Formen von Seelenstörung hervor, vorwiegend allerdings Stupor, Verworrenheit und traurige Verstimmung, jene „halb krampfhaften, halb paralytischen Zustände von Erstarrung des Denkens und Wollens" (Griesiger) bis zur vollkommenen Melancholia attonita (§ 44 Beispiel), ja bis zu rasch tödtlichem Koma (Bamberger), ferner Wechsel zwischen Melancholie mit Stupor und maniakalischer Erregung (Morel), hallucinatorisches Irresein (§ 82), progressive Paralyse, Schwach- und Blödsinn, endlich bisweilen heitere Verstimmung (Huguenin) und, wie K. W. Ideler hervorhebt, auch Irresein mit dem Wahne, im Besitz des Erstrebten gelangt zu sein, das wirklich Verlorene wieder erhalten zu haben (vergl. auch § 82).

§ 184. Länger dauernde oder häufig wiederkehrende depressive Gemüthsbewegungen können cumulirend wirken und früher oder später psychische Störung veranlassen: namentlich häuslichen Kummer, der ja den verschiedensten Inhalt haben kann, erachtet man mit Recht für eine sehr fruchtbare Ursache des Irreseins (Esquirol, Guislain, Griesinger u. A.); weiterhin sind Sorge, ängstliche Spannung jeder Art, sofern sie lange andauern, fortgesetzte schlechte Behandlung und Quälerei, endlich Gewissensbisse über einen wirklichen Fehltritt oder ein Verbrechen nicht unwichtige ätiologische Momente.

Es bedarf kaum der Erwähnung, dass für diese Einflüsse eine bestimmte Empfänglichkeit bei allen normalen Menschen vorhanden ist: freilich in verschiedenen Graden. Diejenigen, welchen dieselbe gänzlich abgeht, kann man nur als abnorme bezeichnen; je lebendiger die gemüthlichen und ethischen Gefühle, desto nachhaltiger wird die Wirkung dieser Schädlichkeiten sein. Dies gilt zumal von den Gewissenserregungen, welche da am nachhaltigsten zu sein pflegen, wo ein gemüthlicher sittlicher oder religiöser Fond vorhanden ist und in schwacher Stunde ein Fehltritt begangen ward.

Zu den Seelenstörungen, welchen specifische psychische Ursachen zu Grunde liegen, gehört vor allen die **Nostalgie**, die zumal in niedern Ständen, bei Landleuten, jugendlichen in der Pubertätsperiode befindlichen Personen weiblichen Geschlechts (besonders Dienstboten) vorkommt. Die Nostalgie gehört symptomatologisch in die Gruppe der Melancholie und kann jenachdem Formen von einfacher trauriger Verstimmung mit Zwangsvorstellungen, Schwermuth und Angst, Sinnestäuschungen, Wahnideen, Melancholie mit Zerstörungsimpulsen annehmen. Sehnsucht nach der Heimath, das beängstigende Gebundensein an eine neue, ungewohnte, bald widerliche und verhasste Umgebung, peinliche Zwangsvorstellungen, Phantasmen und Delirien, die sich um die Heimath drehen (Visionen derselben, Stimmen der Angehörigen, Ideen, dass Unglück zu Hause passirt sei), dabei Schlaflosigkeit (Furcht und Angst in der Nacht), Appetitsmangel, bei weiblichen Individuen Menstruationsanomalien sind die wichtigsten Symptome dieser Psychose, in deren weiterem Verlaufe oft Impulse zu Gewaltthaten, namentlich zu Brandstiftungen im neuen Wohnhause, auch zu Mord kleiner Pflegebefohlener (Kinder) auftreten, Antriebe, die unter dem Zwange des schmerzlichen Fühlens blindlings ausgeführt werden.

Auch für manche Formen der Hypochondrie und hypochondrischen Melancholie dürfte das psychische Moment genetisch wichtig sein. Es sind diejenigen, welche sich in Folge von Verletzungen (z. B. durch Hunde als Hydrophobia imaginaria), bei Gebrechen, wie Kurzsichtigkeit, Schwerhörigkeit u. s. w. entwickeln. Weiterhin erinnert das Misstrauen, welches so oft bei Schwerhörigen sich einstellt, leise an den Verfolgungswahn. Freilich liegt bei diesen psychisch abnormen und krankhaften Zuständen die letzte Ursache doch wieder auf rein somatischem Gebiete, geradeso wie bei gewissen Erkrankungen der Sexualorgane.

Die **erhebenden Gemüthsbewegungen**, selbst grosse freudige Ueberraschung bis zum freudigen Schreck sind bei nicht Prädisponirten anerkanntermaassen, wenn überhaupt, dann nur sehr seltene Ursachen von psychischen Störungen. Diejenigen, welche in Folge eines plötzlichen Umschwungs ihrer Verhältnisse zum Bessern wirklich irre werden, waren wohl ohne Ausnahme mit einer besondern Krankheitsanlage behaftet (§ 150), wo nicht gar bereits im Prodromalstadium des Irreseins befindlich gewesen.

§ 185. Alle bisher betrachteten Einflüsse fallen unter den Begriff der psychischen Ueberreizung, der excessiven functionellen Thätigkeit (**Maudsley**). Was nun die intellectuelle Ueberanstrengung anlangt, so ist sie stets mit Gefühlserregung verbunden, oft wird sie allein von anticipirten Gefühlen angeregt und unterhalten. Sofern dieselben vorwiegend deprimirende sind, wie ängstliche Spannung wegen des Erfolges, des Nichtfertigwerdens bis zu einem Termin, machen sie einen schädlichen Zuwachs zu der intellectuellen An-

strengung aus. Geistige Arbeit, die mit Lust, wenn auch sehr angestrengt und lange, betrieben wird, hat, wo nicht angeborene oder erworbene Prädisposition besteht, nur Ermüdung, nicht Seelenstörung zur Folge. Dagegen ist intellectuelle Ueberanstrengung im Berufe, die man wohl von derjenigen unterscheiden muss, die aus eigenem Antriebe stattfindet, weil sie nicht wegen Ermüdung ausgesetzt werden kann, Ursache von Nervosität, Erschöpfung, Hypochondrie, Melancholie, und führt nach Cordes speciell jenen eigenthümlichen Zustand, der als Agoraphobie (§ 46) bezeichnet wird, herbei. Concurriren mit geistiger Anstrengung noch andere Schädlichkeiten, wie Excesse, Nachtwachen, wird ihr Fortgang durch Excitantia (Alkohol, starker Kaffee, starke Cigarren) ermöglicht, so kann sie im Vereine mit diesen Einflüssen gewiss schädigend auf die psychischen Processe, d. h. auf die Substrate derselben auch bei nicht Prädisponirten einwirken. Bei Gewohnheitstrinkern tritt, wie erwähnt, Delirium tremens öfter nach geistiger Anstrengung auf. Dass wie Th. Simon angibt besonders solche Individuen der progressiven Paralyse verfallen, die a priori wenig begabt in Lebensstellungen gelangen, zu denen ihre Capacität nicht ausreicht, ist früher schon hervorgehoben worden (§ 13).

§ 186. Es ist hier der Ort, der sogenannten psychischen „Contagion“ [1]), Infection oder Imitation zu gedenken, welche vorübergehend schon § 33, 96, 113 erwähnt worden ist. Wie gewisse nervöse Erregungsvorgänge, Lachen, Gähnen, weiterhin Räuspern, Erbrechen u. s. w., und Neurosen: Epilepsie, Hysterie, Chorea, Hydrophobie, angeblich selbst Tetanus durch Imitation entstehen, nach Art contagiöser Krankheiten von einem Individuum auf das andere übertragen werden können, so beobachtet man auch hie und da Fälle, welche für eine analoge Entstehung psychischer Störung von der Vorstellung aus sprechen.

1) Zur Literatur: Hofbauer, Oesterr. med. Wochenschr. 1846. Nr. 39. — Baillarger, Monit. des hôp. 1857. Nr. 45. — Derselbe, Gaz. des hôp. 1860. Nr. 38. — Finkelnburg, Allg. Zeitschr. f. Psych. XVIII. S. 1. — Alphée, Gaz. des hôp. 1862. Nr. 31. — Baume, Ann. méd. psych. 1863. I. S. 312. — Jung, Allg. Zeitschr. f. Psych. XXI. S. 574. — Cramer, ibid. XXIX. S. 218. — Nasse, ibid. — Legrand du Saulle, Délire des perséc. Par. 1871. S. 217 ff. — Derselbe, Erbl. Geistesstör., übers. v. Stark. S. 10. — Maret, Ann. méd. psych. 1874. Juill. S. 46. — Lasègue et Falret, Arch. génér. 1877. Sept. — Koster, Irrenfreund. 1877. Nr. 3. — E. Stein, Ueber d. sog. psych. Contagion. Diss. Erl. 1877. (Daselbst habe ich den Wortbegriff „nerv. Contagium“ von Bouchut u. Remak kritisirt und eine Reihe hierher gehöriger Thatsachen beleuchtet.)

Solche Fälle betrafen bisher meist Verwandte, Eltern und Kinder, Geschwister, mehrmals Zwillinge (Baume, Le Grand du Saulle), aber auch ganze bis sieben Köpfe starke Familien (Ferrus, Cramer, Koster). Hier ist es schwer zu entscheiden, ob die zweite, die dritte u. s. w. Erkrankung, welche sich an den ersten Fall anschloss, wirklich von dem Eindrucke der Alienirten selbst herrührte oder ob die Geistesstörungen auf erblicher Disposition beruhten und auch ohne jenen Präcedenzfall entstanden wären. Das letztere ist deshalb nicht unwahrscheinlich, weil Jung nachgewiesen hat, dass namentlich Geschwister auch räumlich von einander getrennt öfter an der gleichen oder doch ähnlichen Form von Psychose erkranken. Ebenso ist es bei Ascendenten und Descendenten; denn bei Vater oder Mutter kann, wie bekannt, auch erst in späteren Jahren die Erblichkeit zur Wirkung kommen, nachdem schon Sohn oder Tochter erkrankt sind. Andererseits lässt sich nicht leugnen, dass doch wohl dann, wenn, wie in einigen Beobachtungen von Finkelnburg und Nasse, nur wenige Tage zwischen dem Irrewerden der einen und demjenigen der andern Person lagen, an eine Entstehung von der Vorstellung, dem Eindrucke aus gedacht werden muss. Sicher wird man die Fälle so deuten müssen, in denen die Psychose des Ehemanns die gleiche bei der Frau und umgekehrt (Baillarger, Nasse, Finkelnburg, Legrand du Saulle), in denen Irresein der Herrin gleichförmiges bei der Dienerin (Legrand du Saulle) nach sich zieht, oder eine Pflegerin derselben Psychose verfällt wie ihre Kranke (Morel).

Sieht man ab von den wenig beweisenden Fällen, in welchen nur Psychose überhaupt, nicht die gleiche Form bei einer zweiten Person folgte, so ergibt sich, dass namentlich Verfolgungswahn, dann Melancholie, Tobsucht, Grössenwahn, zumal religiös gefärbte Depressions- und Exaltationsformen, Selbstmordstrieb „übertragen" werden. Im weiteren Sinne gehören auch die § 96 erwähnten imitatorischen Gewaltthaten hierher; dass Neigung zur Hypochondrie leicht bei solchen Individuen entsteht, die stetig mit Hypochondern umgeben sind, ist bekannt. Von der imitatorischen Verbreitung gewisser psychischer Lebenserscheinungen in früheren bis herauf in unsere Zeiten war in der Quellenlehre die Rede.

Die grosse Seltenheit der imitatorischen Entstehung von Psychosen weist darauf hin, dass diejenigen Personen, bei denen sie stattfindet, individuell zur Seelenstörung prädisponirt sind; es ist auch nachgewiesen, dass sehr oft hereditäre Krankheitsanlage die Empfänglichkeit für diese „Contagion" begründete (Nasse, Finkelnburg, Jung). Dass man mit Bouchut, Remak u. A. nicht von einem nervösen, bezw. psychischen Contagium, sondern nur vergleichsweise von Contagion bei diesen Vorgängen sprechen darf, liegt auf der Hand.

Allgemeine pathologische Anatomie und Physiologie.

§ 187. In diesem letzten Theile unserer Betrachtungen können wir noch weniger als in allen vorhergehenden Abschnitten ein vollständiges und abgeschlossenes Ganzes geben. Die allgemeine pathologische Anatomie der Psychosen enthält, trotzdem auf ihre Ausbildung von älteren und namentlich von neueren Forschern unendlich viel rühmenswerther Fleiss und Mühe verwendet worden ist, zur Zeit doch nur eine Reihe nebeneinander stehender Thatsachen, die des ersichtlichen Zusammenhanges zum grössten Theile noch entbehren. Eine pathologische Physiologie der psychischen Störung besteht nur insofern, als die Thatsachen der Beobachtung verglichen mit den Ergebnissen anatomischer und experimenteller Forschungen einige Hypothesen über die Natur, genau genommen über die alsletzte uns begreiflichen Ursachen der Psychosen aufzustellen gestatten. Es verdient daher dieser Abschnitt eigentlich nur die Bezeichnung: „Zur pathologischen Anatomie und Physiologie der psychischen Störung".

§ 188. Wir fassen zunächst dasjenige ins Auge, was über die allgemeine pathologische Anatomie[1]) der Psychosen bekannt ist.

1) Zur Literatur: Aelteres bei Friedreich, Syst. Lit. u. s. w. Nr. 914 ff. u. Allg. Path. d. psych. Krankh. S. 565. — Die Lehrbücher d. Psychiatrie von Esquirol, Guislain, Morel, Dagonet, Schröder v. d. Kolk, Leidesdorf, Maudsley, Bucknill a. Tuke, Fielding-Blandfort u. s. w. Daselbst zahlreiche Literaturangaben, zumal bei Guislain, Vorl., deutsch v. Lähr. S. 222. u. bei Griesinger, S. 416 ff. — Parchappe, Rech. sur l'enceph. Par. 1838. — Duhr, De vitiis, quae apud Dementes etc. Diss. Bonn 1840. — Hitchman, Lancet. 1847. Nov. a. Dec. — Webster, Med. chir. transact. 1849. Bd. 32. S. 115. — Conolly, Lancet. 1849. Nr. 20. u. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. VII. S. 169. — Fischer, Pathol. anat. Befunde bei Geisteskr. Luzern 1854. — Hagen, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XII. S. 1. — Gauster, Zeitschr. d. Wien. Aerzte. XI. Nr. 5 u. 6. — Güntz, De anat. pathol. cerebr. vesan. Lips. 1853. — Voppel, Günsburg's Zeitschr. f. klin. Med. 1856. VII. S. 161. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. I. 1858. S. 49. — Bericht der Irrenanstalt zu Wien. 1858. — Geerds, Allg. Zeitschr. f. Psych. XVIII. S. 351. — Addison, Journ. of med. sc. XLI. S. 37. — Meynert, Vierteljahrschr. f. Psych. I u. II. — Derselbe, Wochenbl. d. Ges. d. Wien. Aerzte. 1869. Nr. 16. — Derselbe, Anzeiger d. Ges. d. Wien. Aerzte. 1875. Nr. 6. S. 19. — Howden, Journ. of ment. sc. Apr. 1871. u. Irrenfreund. 1872. S. 183. — Balfour, Patholog. Appar. u. s. w. Ref. im Wien. psych. Centralbl. 1874. S. 118. — Tamassia, Annal. univ. di Med. Vol. 230. u. Irrenfreund. 1876. S. 119.

Nur diejenigen makroskopischen und histologischen (bezw. chemischen) Veränderungen, welche man in der Hirnrinde bei Geisteskranken gefunden hat, können im Sinne dessen, was § 6 und 18 über den Sitz der Psychosen gesagt wurde, als wesentlich für die allgemeine pathologische Anatomie dieser Krankheiten betrachtet werden und die eigentlichen Objecte der folgenden Erörterungen darstellen. Als sehr wichtig müssen wir jedoch auch gewisse Veränderungen am Schädel, an den Hirnhäuten, den grösseren intracraniellen Gefässen und in der Marksubstanz des Grosshirns wenigstens erwähnen; denn sie ziehen einestheils häufig die Grosshirnrinde in Mitleidenschaft, stehen also zu den uns beschäftigenden Affectionen in nahen ätiologischen Beziehungen, andererseits aber werden sie häufig als concomitirende oder consecutive Veränderungen bei Erkrankungen der Corticalis angetroffen. Selbstverständlich wird aber eine „Einführung“ in das klinisch-psychiatrische Studium von einer Beschreibung dieser Befunde gänzlich absehen müssen. Dieselben sind vom Studium der pathologischen Anatomie her bekannt und überdies hat die specielle Pathologie der Psychosen viele derselben bei der Beschreibung gewisser Irreseinsformen eingehend zu berücksichtigen. Weniger bedeutungsvoll für propädeutische Betrachtungen, wie die unserigen es sind, erweisen sich die consecutiven Veränderungen in tieferen Abschnitten des Nervensystems und die Befunde an anderen Organen des Körpers. Sie werden hier nicht besprochen werden; die pathologische Bedeutung dieser Befunde kann nur bei der Analyse des concreten Falles für den Fachmann selber und nicht für den Anfänger Gegenstand der Forschung sein.

Was zunächst die Anomalien des Hirnschädels[1]) anlangt, so werden pathologische Formen desselben bei psychisch gestörten Individuen sehr häufig beobachtet. Die höheren und höchsten Grade der Mikrocephalie und Makrocephalie (Hydrocephalen- und Kephalonenschädel) fallen stets mit geistiger Inferiorität, mit Schwach- und Blödsinn zusammen. Das Nähere hierüber gehört in die Lehre vom Idiotismus und Cretinismus, also auf das Gebiet der speciellen Psychopathologie. Leichtere Grade der allgemeinen Verengerung und allgemeinen Erweiterung des Schädels kommen oft bei Geisteskranken vor und zwar, wie die übereinstimmenden Beobachtungen von Stahl und Obernier ergeben haben, beide Difformitäten ziemlich zu gleichen Theilen. Sie überwiegen über die Mesocephalen. Die allgemein

1) Zur Literatur vgl. § 24. Viele der dort angeführten Schriften beziehen sich auf die Messungen an Todtenschädeln.

stenotischen Schädel scheinen mehr bei originär schwachsinnigen, zu Agitation disponirten, die allgemein erweiterten mehr bei maniakalischen Individuen vorzukommen (Stahl, Obernier). Weiterhin werden bei Geisteskranken nicht selten Schädelformen angetroffen, welche in erster Instanz der partiellen Mikrocephalie sich unterordnen, der allgemeinen Schädelstenose aber insofern wieder gleichkommen, als die natürlichen compensatorischen Erweiterungen unvollständig geblieben sind, die umschriebene Stenose nicht neutralisirt haben.

Es gehören hierher jene Schädel, die durch Synostose der Sagittal-, dann der Sphenofrontal-, endlich der Sphenoparietalnaht querverengt, aber zugleich nicht entsprechend lang sind, weil die compensatorische Erweiterung nach vorn, oder nach hinten, oder nach oben unvollständig ist und kein rechter Dolichocephalus oder Leptocephalus oder Klinocephalus zur Entwickelung kam; dann die durch Parietooccipitalsynostose, Ossification der Suturae temporoparietales zu kurzen Schädel, welche nicht genügend verbreitert oder in die Höhe entwickelt, nicht eigentliche Pachy- bezw. Oxycephalen sind; weiterhin Schiefköpfe, entstanden durch halbseitige Synostosis parietofrontalis oder parietooccipitalis, bei denen eine entsprechende Erweiterung auf der andern Seite nicht zu Stande kam (unvollständige Plagiocephalen, scoliotische Schädel). Basilarsynostotische Schädel, entstanden durch frühzeitige Verknöcherung am Schädelgrunde (zwischen Keil- und Grundbein), und progenäe Schädel (L. Meyer), auf mangelhafter Entwickelung des Hinterhauptbeins beruhend, sind wie es scheint regelmässig mit psychischen Schwächezuständen verbunden. Die ersteren sind zu kurz, zu schmal, zu niedrig, die Basis ist nach oben gebogen, der Winkel zwischen Clivus und Keilbein klein (sphen. Kyphose), der Nasenrücken breit, die Jochbeine vorspringend, der Oberkiefer prognath. Die letzteren sind kurz aber breit und vorwiegend nach vorn und unten entwickelt, hinten sehr flach, das zurückgebliebene Gesicht ist vorn und seitlich von der Schädelkappe überragt, der Oberkiefer orthognath selbst opistognath, seine Schneidezähne zurückstehend hinter den unteren.

Partielle Verdickungen der Schädelknochen in Form spitzer Osteophyten oder warziger Excrescenzen, auf einzelne Knochen (Stirn- Hinterhauptsbein) beschränkt, oder allgemeine Hyperostose, die entweder einfach oder sklerosirend ist und zur Verengerung der Schädelkanäle führt, werden zumal in veralteten, ganz chronisch verlaufenen Fällen beobachtet. Seltener, aber unter denselben Bedingungen, kommt Atrophie der Schädelknochen und Osteoporose vor.

Die Dura mater wird häufig in verschiedener Weise verändert gefunden. In frischen Fällen ist dieselbe oft hyperämisch, mit dem ebenfalls blutreichen Schädeldache fester verwachsen, geschwellt, das Epithel derselben verdickt, die Innenfläche mit hämorrhagischen Entzündungsproducten belegt. Nach protrahirtem und chronischem

Verlaufe des Irreseins finden sich häufig verschiedene Formen von Pachymeningitis und Residuen von solcher: hochgradige Verdickung und Pigmentirung der Dura, partielle plattenförmige Verknöcherungen in derselben (zumal in der Sichel und dem Tentorium), Hämatome und Pseudomembranen verschiedenen Alters.

Besonders wichtig sind die Befunde an der Leptomeninx. Die sog. Arachnoidea ist oft getrübt, verdickt, zellig infiltrirt, ödematös geschwellt, auf derselben finden sich massenhafte, erhebliche Grösse erreichende, Pacchionische Granulationen zumal längs der Hirnspalte; Vermehrung der Flüssigkeit im Arachnoidealsack (Hydrocephalus externus) ist häufig, seltener Ansammlung von trübem eiterigen oder blutigen Serum. Die Pia mater selbst zeigt beinahe immer Veränderungen. Häufig ist dieselbe hyperämisch, entweder nur leicht injicirt oder intensiv geröthet, nicht selten sind ihre Gefässe, zumal die Venen, strotzend gefüllt, erweitert, geschlängelt; bisweilen finden sich kleinere oder grössere Hämorrhagien in der Haut. Trübung, seröse und zellige Infiltration der Pia mater ist bei acut verlaufenen Fällen schon ein häufiger, bei inveterirten aber ein ganz gewöhnlicher Befund. Wie diese Veränderung längs der Gefässe der Leptomeninx beginnt und hier am stärksten sich weiter entwickelt, so kommt sie oft auch an den von der Pia mater in die Rinde übertretenden Gefässen zu Stande. Die weiche Hirnhaut ist dann einerseits mit der Corticalis fester verwachsen und reisst beim Abziehen Stücke derselben mit sich, andererseits haften an den aus der Hirnsubstanz herausgezogenen Piagefässen grössere oder kleinere Fetzen von Nervenmasse (Periencephalitis).

Den Veränderungen der Leptomeninx auf der Hirnoberfläche entsprechen oft gleichwerthige Anomalien der Plexus chorioidei: vermehrte Blutfülle, Trübung, Cystenbildung. Das Ependym der Ventrikel findet man nicht selten verdickt, derb, mit kleinen selbst Hirsekorngrösse erreichenden Granulationen bedeckt. Hydrocephalus internus mässigen Grades kommt bei acuten Psychosen, hochgradiger Erguss in die Hirnhöhlen mehr bei chronischem Irresein vor. Maceration, weisse Erweichung der Ventrikelwand kann damit zusammentreffen, wenn das Ependym zart geblieben ist. Als Residuum alter Ependymitis finden sich nicht ganz selten Verwachsungen der Höhlenwände, zumal am Hinter- und Vorderhorn, wo es dann sogar zur ausgedehnten Obliteration mit Bildung knorpelharter Schwielen gekommen sein kann.

Die Marksubstanz des Grosshirns kann verschiedene Veränderungen darbieten. Hyperämien von ungleicher Vertheilung

sind ein gewöhnlicher Befund. Erweiterungen der perivasculären Räume (État criblé, Parchappe, Durand-Fardel) werden besonders in chronischen Fällen beobachtet. Weiterhin kommen nicht selten miliare Aneurysmen, punktförmige Blutergüsse, seröse Imbibition im Marklager vor. Disseminirte graue Degeneration des subcorticalen Hemisphärenmarkes wurde mehrfach bei Dementia paralytica gefunden (Meschede, Adler). Vom allgemein-psychopathologischen Standpunkte aus weniger wichtig sind Degenerationen einzelner Faserzüge im Mark der Hemisphären, im Gleichen die Atrophien und anderweitigen Veränderungen der grossen Ganglien des Gehirns, des Cerebellum und der Hirnadnexa, der Hirnnerven.

An den grösseren Hirnarterien kommt verhältnissmässig häufig, zumal in veralteten Fällen, Atherom, bisweilen auch partielle Verknöcherung vor. Die Sinus sind oft stark gefüllt, selten thrombosirt.

§ 189. Die Veränderungen der Hirnrinde selbst sind zum Theil makroskopisch, zum Theil nur dem bewaffneten Auge erkennbar. Die ersteren zerfallen in Farben-, Consistenz- und Formveränderungen.

Farbenveränderungen werden in erster Instanz durch den Blutgehalt der Corticalis veranlasst.

Hyperämie. Alle Beobachter von Parchappe bis auf die Neueren stimmen darin überein, dass einen sehr häufigen Befund bei Geisteskranken die Hyperämie der Hirnrinde ausmacht. Sie ist bald mehr über einzelne Abschnitte, bald über die ganze Rinde verbreitet und kann alle Stufen von einer mässigen Injection bis zur erysipelatösen Röthe zeigen. Namentlich in frischen Fällen muss schon auf einen geringen Grad von Röthung Gewicht gelegt werden, weil erfahrungsgemäss (Experimente) die Rindenhyperämie ebenso wie diejenige äusserer Theile (Exantheme) post mortem verschwinden kann. Nach sehr heftiger Congestion, nach längerem Bestande erheblicherer Stase sind die Gefässe schlaff, die Blutfülle besteht in der Leiche fort, zudem finden sich an den Capillaren und kleinen Venen makroskopisch bereits erkenntliche Ektasien, miliare Aneurysmen und nicht selten punktförmige Extravasate oder Pigmentirungen in der Corticalis. Die höheren Grade der Hyperämie trifft man zumal bei rasch tödtlich verlaufener Manie, bei der maniakalichen Form des Delirium acutum (Schüle).

Anämie. Nicht so häufig aber keineswegs selten findet man die Corticalis blass. Fehlt die Componente, welche das Blut zur Farbe der Hirnrinde stellt, beinahe gänzlich, so sieht dieselbe grau-

weiss oder graugelblich aus, ihre makroskopisch sichtbare Schichtung ist dann deutlicher zu erkennen. Im Allgemeinen kann jede Steigerung des intracraniellen Druckes (Hämatom, Hydrocephalus u. s. w.) aber auch die ödematöse Infiltration, welche ja oft erst die Folge von passiver Hyperämie und Stase ist, dann Bindegewebswucherung aus der nämlichen Ursache zu Anämie der Rinde führen. Schüle bezeichnet die Blutarmuth der Corticalis als charakteristisch für die melancholische Form des Delirium acutum; Ripping fand dieselbe in frischen Fällen von Melancholie. Ueberhaupt ist Anämie der Rinde ein verhältnissmässig häufiger Befund bei Schwermüthigen (Meynert), und es sind wohlverbürgte Fälle bekannt, in welchen ein heftiger psychischer Shok Melancholie mit raschem Uebergang in Stupor und Bewusstlosigkeit in wenigen Tagen tödtlich endigten und bei der Section Anämie des ganzen Hirns vorhanden war.

Von anderweitigen Farbenveränderungen der Corticalis erwähnen wir die bräunliche oder fahlgelbe, weinhefenartige, selbst grünliche mit Abblassung und Verwischung der Schichten verbundene Verfärbung bei Paralysis progrediens (Rokitansky, Meschede, L. Meyer, Schüle, Westphal u. A.), dann die schwärzliche, grafitartige bei schwerer Intermittens, die schmutziggraue bei Schwefelwasserstoffvergiftung, welche beiden Krankheiten ja auch psychische Störung herbeiführen können. Fleckenweis grauviolette Färbung der glasig entarteten Hirnrinde fand Th. Simon bei einer offenbar geisteskrank gewesenen Frau.

Die Consistenzveränderungen der Corticalis correspondiren zum Theil mit Farben- und Formanomalien. Was zunächst die Verminderung der Festigkeit anlangt, so kommt dieselbe im leichten Grade schon beim Oedem und oft zu Anfang der Paralyse vor (Succulenz der Rinde). Weisse Erweichung ist oft als Leichenerscheinung zu betrachten, kann aber offenbar auch intra vitam zu Stande kommen, wenn stellenweise viel Flüssigkeit zwischen Pia und Rinde sich ansammelt, der epicerebrale Raum partiell erweitert ist. Auch bei Kohlenoxydgasvergiftung kommt weisse Erweichung vor (Th. Simon). Die rothe Erweichung hängt immer mit Hyperämie der Rinde zusammen, ist eine Folge derselben und beruht gewöhnlich auf massenhaften punktförmigen Extravasationen (so bei heftiger Tobsucht). Die Erweichung findet hier entweder in allen drei Schichten der Corticalis oder nur in einer und zwar am häufigsten in der mittleren statt (Pinel, Rindfleisch u. A.). Bei Delirium acutum (maniakalische Form) fand Schüle intensive Hyperämie der Rinde mit Erweichung der obersten Schicht. Die mittlere

wiederum ist vorzugsweise Sitz der bei progressiver Paralyse vorkommenden mit violettröthlicher Verfärbung verbundenen Malacie leichteren Grades. — Vermehrung der Consistenz ist charakteristisch für die chronischen Affectionen der Hirnrinde. Sie kann bis zur lederartigen Härte und Zähigkeit anwachsen. Rokitansky hat zuerst auf eine derartige bei Paralytikern bisweilen vorkommende Beschaffenheit der Rinde aufmerksam gemacht, Meschede, Schüle u. A. bestätigten diese Angabe. Auch bei anderen Blödsinnsformen ist die Corticalis oft zähe, fester als normal wenigstens in veralteten Fällen chronischen Irreseins.

Formveränderungen. Diffuse Schwellung einerseits, Schwund und Schrumpfung andererseits erkennt man bekanntlich an der veränderten Gestalt der Gyri und der Beschaffenheit der Sulci. Bei Schwellungen, an welchen die Rinde mit Antheil hat, sie mögen durch intensive Hyperämie, Oedem, Bindegewebswucherung bedingt sein, sind die Gyri breiter, die Furchen schmal, in extremen Fällen jene auf der Höhe platt gedrückt und diese geschlossen. Schwund der Rinde bei acuter und chronischer Atrophie macht die Randwülste schmal, niedrig, scharfkantig, die Furchen breit und tief.

Die Formveränderungen können auf einzelne Lappen, auf Windungsgruppen, ja selbst auf gewisse Abschnitte von Randwülsten sich erstrecken. Das letztere ist zumal bei Paralysis progrediens der Fall, wo nicht selten einzelne Gyri frontales an Volum reducirt sind oder auf der Höhe von solchen seichte Vertiefungen sich finden.

Weiterhin kommen bei psychopathischen Individuen nicht selten Asymmetrien beider Hirnhemisphären, einzelner Windungszüge, bisweilen mangelhafte Ausbildung einzelner Lappen vor. Die Entwickelungshemmungen und Missbildungen, welche hochgradigen Defecten an Rinden- und Marksubstanz der verschiedenen Lappen gleichwerthig sind, werden fast ausschliesslich bei Individuen gefunden, die mit angeborenen Schwächezuständen behaftet waren.

§ 190. Mikroskopische Veränderungen der Hirnrinde[1]). Erst die Neuzeit hat den Beweis geliefert, dass auch da,

1) Zur Literatur: Rindfleisch, Pathologische Gewebelehre, Abschnitt: „Hyperämie u. Entzündung bei psych. Stör.“, im Register unter: „Psychosen“ Literaturangaben. Das Gros der hierher weiterhin gehörigen Literaturstücke bilden Arbeiten über die histologischen Veränderungen bei einer Krankheit, der progress. Paralyse. Es ist unmöglich, diese Literatur in extenso aufzuführen. Vgl. hierzu die letzten Jahrg. des Virch. Jahrb. Referate v. Westphal in Bd. II. Abth. I.; Hitzig in v. Ziemssen's Handb. d. spec. Pathol. u. Ther. Bd. XI, 1,

wo sich dem unbewaffneten Auge und der tastenden Hand keinerlei Anomalien der Cortialis offenbaren, feinere Veränderungen der diese Organisation zusammensetzenden Gewebselemente vorhanden sein können, nämlich Veränderungen der Ganglienzellen und Nervenfasern, der Neuroglia und der Gefässe.

Wir behandeln zunächst die Befunde an den Ganglienzellen der Grosshirnrinde.

Pigmentirung. Da die Rindenkörper normalerweise etwas Pigment enthalten, auf dessen Anwesenheit eben die Farbe der Corticalis beruht, so kann nur eine reichlichere Anhäufung von Pigment und diese nur bei nicht gealterten Individuen als pathologisch betrachtet werden. Denn auch senile Hirnzellen enthalten normalerweise viel Farbstoff. Pigmentvermehrung kommt bei acuten, besonders aber bei chronischen Psychosen sehr häufig vor. Namentlich zeichnen sich die Zellen der acut oder chronisch atrophirenden Rinde durch Pigmentirung aus, so bei acuten Krankheiten, zumal Typhus (C. E. E. Hoffmann), seniler Atrophie, chronischen Psychosen und psychischen Schwächezuständen, Dementia paralytica (Meschede, Leidesdorf, Rindfleisch, Major u. A.). Oft ist die stärkere Pigmentirung verbunden mit Verfettung der Zellensubstanz (fettig-pigmentöse Entartung).

Aufblähung der Ganglienzellen, parenchymatöse Schwellung, congestive Imbibition ihres Protoplasma, von Tigges bei tuberculöser Meningitis gefunden, wurde auch bei primären Psychosen (Melancholie), seniler Hirnatrophie und bei Dementia paralytica con-

2. Aufl. S. 1051. — Heschl, Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1862. 29. — Derselbe, Wien. med. Wochenschr. 1870. Nr. 91. — Erlenmeyer, Correspondenzbl. f. Psych. 1863. S. 41. — Jaffe, Zeitschr. d. Wien. Aerzte. 1863. XVI. S. 73. — Tigges, Allg. Zeitschr. f. Psych. XX. S. 313. — Meschede, ibid. XXIII. S. 445. — Meynert, Wien. med. Zeitung. 1866. 22, 28. — Derselbe, Der Bau d. Grosshirnrinde u. s. w. Separatabdruck aus Vierteljahrschr. f. Psych. u. s. w. S. 34. — Schüle, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIV. S. 705. — Derselbe, ibid. Bd. XXV. S. 466. — Ripping, ibid. Bd. XXVI. S. 609. — C. K. Hoffmann, Eenige path. anat. Waarnem. u. s. w. Ref. im Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 497. — C. E. E. Hoffmann, Untersuch. über d. path. anat. Veränd. d. Organe b. Abdominaltyphus. Leipz. 1869. — Jolly, Ueber traumat. Encephalitis. Wien. 1869. — Virchow, s. Arch. Bd. L. H. 2. — Wiedemeister, ibid. H. 4. — Lubimoff, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 579. — Adler, ibid. Bd. V. S. 60. — Popoff, Virch. Arch. LXIII. H. 3 u. 4. — Arndt, Berl. klin. Wochenschr. 1875. Nr. 16. S. 209. — Major, West Riding Lun. As. Rep. IV. S. 223. — Huguenin, Correspondenzbl. d. Schweizer Aerzte. 1873. Nr. 21 ff. — Tuke a. Rutherford, Brit. a. for. med. chir. Rev. 1870. Apr. Jul. Oct.

statirt (Tigges, Meschede, Meynert, C. K. Hofmann, Huguenin, Major). Meynert erblickt in ihr die Vorstufe des moleculären Zerfalls des Protoplasma.

Vermehrung der Kerne in den Rindenkörpern ist normal im Greisenalter (Meynert). Sie findet sich aber auch bei traumatischer Enkephalitis, bei primären Psychosen und Paralysis progrediens, wie Jolly, Tigges und Meynert nachgewiesen haben. Der letztere stellt eine besondere Form des Protoplasmaschwundes in Folge rascher Theilung der Kerne auf. Auch die Beobachtungen von C. K. Hofmann und Major sprechen dafür, dass Kerntheilung Schwund des Zelleninhaltes herbeiführe. Nach Arndt kommt bei neuropathisch prädisponirten Individuen eine abnorme Entwickelung kernartiger später schrumpfender Gebilde im Protoplasma der Ganglienzellen um den eigentlichen Nucleus herum vor.

Verfettung und moleculärer Zerfall des Ganglienzellenprotoplasma. Die fettig pigmentöse Entartung wurde eben schon erwähnt. Sie wird bei seniler Involution des Gehirns, in acuten Krankheiten, zumal bei Typhus (C. E. E. Hoffmann), bei acutem und chronischem Irresein beobachtet (C. K. Hofmann). Moleculärer Zerfall wurde constatirt bei Lyssa humana (Meynert), bei Cysticerkenkrankheit des Hirns in der Umgebung der Geschwülste (Arndt), endlich bei Dementia paralytica. Er kann so weit fortschreiten, dass schliesslich nur noch ein Körnerhaufen statt der Zelle vorhanden ist. Meynert unterscheidet speciell zwei Formen des moleculären Zerfalls: einmal beginnt derselbe um den Kern herum, während sich zugleich die peripherischen Protoplasmaschichten der Zelle aufblähen, später zerfliesst der Zelleninhalt unter Vacuolenbildung; zweitens beginnt der Zerfall an der Peripherie, es entstehen Haufen von Detritus, innerhalb welcher der Kern verbleibt, bis auch er später durch retrograde Metamorphose zu Grunde geht (analog schildert Major den regressiven Vorgang bei seniler Atrophie).

Colloide Degeneration der Ganglienzellen wurde zuerst von Rokitansky bei Paralysis progrediens gefunden. Schüle, Meynert, Simon u. A. trafen ebenfalls bei Paralytikern, aber auch bei anderweitig geisteskrank Gewesenen colloide oder dieser sehr nahe stehende Degeneration der Rindenkörper.

Atrophie und Sklerose, nämlich Verkleinerung, Schmächtigkeit, Runderwerden der Zellen bei scharfer Contourirung, „Verdichtung" des Inhaltes (Verschwinden der Körner), starkem Glanze beobachtete man, wie im Rückenmark und Kleinhirn (Hubrich), so auch in der Hirnrinde wiederum zumal bei Paralyse (L. Meyer,

Schüle u. A.), jedoch auch bei primären Psychosen (Meynert). Eine besondere Form von Sklerose der Ganglienzellen — schlanke Pyramidenform, helles Aussehen, wenig Körnergehalt, hellern Glanz des länglichen Kernes — beobachtete Ripping wiederholt bei melancholisch Verstorbenen. Diese Zellen hatten einen hellen matt glänzenden Saum, der vielleicht als erweiterter pericellulärer Lymphraum (Obersteiner) zu deuten ist.

Verkalkung der Ganglienzellen wurde öfter in der Hirnrinde vorgefunden (Rokitansky, Förster, Wedl, Wiedemeister u. A.). Heschl sah verkalkte Rindenkörper bei einem Melancholischen, Erlenmeyer bei einem Wahnsinnigen. Nach Schädeltraumen findet man häufig, wie Virchow nachgewiesen hat, in den direct unter der Einwirkungsstelle gelegenen makroskopisch normal erscheinenden Windungen verkalkte Ganglienzellen.

Die mikroskopischen Veränderungen der Nervenfasern der Hirnrinde und der anliegenden Markschichte sind im Ganzen dieselben wie diejenigen der Ganglienzellen.

§ 191. Veränderungen der Neuroglia[1]). Hypertrophie und Neubildung von Bindesubstanz in der Corticalis ist zumal bei Paralysis progrediens constatirt worden. Rokitansky hat dieselbe zuerst beschrieben. Simon, Schüle u. A. fanden bei Paralytikern öfter Vermehrung der grossen runden von homogenem Protoplasma umgebenen Kerne. Leidesdorf constatirte eine analoge Veränderung bei rasch tödtlich verlaufender Tobsucht. Vergrösserung der „Pinnenzellen" ist nach Meynert gewöhnlich bei Hyperämie und Stase in der Rinde, Vermehrung derselben ein nicht seltener Befund bei Paralyse (Lubimoff u. A.). Die Neubildung von fibrillärem Bindegewebe, welche nach Obersteiner von Einwanderung von Rundzellen in die Neuroglia herrürhen soll, verleiht der Kittsubstanz der Corticalis jenes von Schüle u. A. beschriebene faserig-

1) Zur Literatur: Rokitansky, Pathol. Anat. 1856. S. 463, 470, 488. — Derselbe, Sitzungsber. d. Wien. Acad. 1858. — Leidesdorf, Wien. med. Wochenschr. 1864. 32. — Derselbe, Lehrb. d. psych. Krankh. S. 259 ff. — Arndt, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIV. S. 759. — Schüle, ibid. S. 461. — Derselbe, ibid. Bd. XXV. S. 704. — Jolly a. a. O. — Jastrowitz, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. II. S. 389 ff. — Derselbe, ibid. III. S. 163 ff. — L. Meyer, ibid. III. S. 1 ff. — Wiedemeister a. a. O. — Simon, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. II. S. 64 ff. — Derselbe, Gehirnerweichung u. s. w. S. 74 ff. — Obersteiner, Wochenschr. d. Ges. d. Wien. Aerzte. 1870. Nr. 51. — Ripping a. a. O. — Lubimoff a. a. O. — Huguenin a. a. O.

filzige Gefüge, das namentlich in der Rinde von Paralytikern vorkommt und die lederartige Zähigkeit dieser Organisation bedingt. Als weitere Folge dieser Störung hätte man die

Atrophie und Sklerose der Neuroglia zu betrachten. Das geschrumpfte faserige Netzwerk enthält dann wenig Kerne mehr und ist von Fetttröpfchen und Amyloidkörpern durchsetzt. Auch dieser Befund gehört vorzugsweise der progressiven Paralyse, überhaupt den psychischen Schwächezuständen an. Armuth der Neuroglia an Kernen fand Ripping übrigens auch bei Melancholikern.

Colloide Degeneration der Rindenglia kommt bei Paralytikern, in der Umgebung von Cysticerken, von verkalkten Ganglienzellen bisweilen vor (Rokitansky, Arndt, Schüle, Wiedemeister, Th. Simon).

Corpora amylacea werden bei degenerativen Vorgängen im Gehirne stets in grossen Mengen gefunden. Wahrscheinlich sind sie die Ueberbleibsel untergegangener (Glia-?) Zellen.

Körnchenzellen, im Hirn der Neugeborenen bekanntlich normale Gewebsbestandtheile, kommen auch in den Centralorganen von solchen Individuen vor, die keinerlei psychische Anomalien zeigten. In beiden Fällen aber trifft man sie doch nur vereinzelt bezw. nicht in grosser Anzahl. Treten sie massenhaft in den Centralorganen und eben auch in der Hirnrinde auf, so zeigen sie pathologische Vorgänge mit Bestimmtheit an. Von Vielen werden sie für fettig degenerirte Hirnelemente gehalten; indessen spricht manches dafür, dass diese Gebilde entstanden sind aus weissen Blutkörpern, welche fettige Zerfallsproducte aufgenommen haben.

§ 192. Veränderungen der Gefässe[1]). Was zunächst die Blutbahn anlangt, so wurde oben schon auf das Vorkommen auch

1) Zur Literatur: Güntz, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XX. S. 185 ff.; daselbst die bis dahin vorhandene Literatur. — Tigges, ibid. S. 313. — Schüle, ibid. Bd. XXIV. S. 699 ff. — Derselbe, ibid. Bd. XXV. S. 449 ff. — Arndt, Virch. Arch. Bd. LI. S. 704. — Derselbe, ibid. Bd. LXXII. S. 41. — Ripping a. a. O. — Löwenhardt, Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. XXIV. S. 748. — L. Meyer, Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften. 1867. Nr. 8 u. 9. — Derselbe, Archiv für Psych. u. Nervenkrankh. Bd. I. S. 279. — Rindfleisch a. a. O. — Obersteiner, Virch. Arch. Bd. LII. S. 522. — Lockhard Clarke, Lancet. 1866. Sept. — Golgi, Rivist. clin. di Bologna. Ottob. e Nov. 1870. — Ripping a. a. O. und Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. S. 309. — Tuke a. Rutherford a. a. O. — Lubimoff a. a. O. — Adler a. a. O.

makroskopisch sichtbarer Erweiterungen der feinsten Stämme hingewiesen. Durch zahlreiche Beobachtungen ist festgestellt, dass Aneurysmen der kleinen Gefässe und Capillaren wie überhaupt im Hirne von Geisteskranken, so auch in der Corticalis angetroffen werden. Bald nachdem Pestalozzi (1849) miliare Aneurysmen in der Hirnrinde eines Verrückten nachgewiesen hatte, welche dem blossen Auge als längliche Blutcoagula erschienen, mikroskopisch aber als Ausbuchtungen des Gefässes (bis zur sechsfachen Weite) „durch Abtrennung der Adventitia“ sich zu erkennen gaben, theilten Albers, Schröder van der Kolk u. A. analoge Beobachtungen mit. Ecker und Ramaer wiesen nach, dass bei Maniakalischen und Blödsinnigen die feinsten Stämmchen und Capillaren der Rinde weiter als bei Gesunden seien, Güntz zeigte, dass miliare Aneurysmen speciell in der Corticalis von Melancholischen, Blödsinnigen und Paralytikern vorkommen. In neuester Zeit sind diese Angaben von Schüle, Simon, Rindfleisch, Adler u. A. bestätigt worden. Fälle, in welchen massenhafte Capillarektasien und Aneurysmen den Hauptbefund nach progressiver und seniler Geistesstörung ausmachten, sind von Löwenhardt und L. Meyer mitgetheilt worden.

Neubildungen kleinster Gefässe, anfangs völlig solide Kolben und Zapfen, Knospen, aus denen sich dann allmählich Capillaren entwickeln, fanden, nachdem sie von Wedl in der Corticalis von Idioten entdeckt worden waren, L. Meyer und Schüle in der Rinde von Paralytikern; Lubimoff dagegen vermisste dieselben.

Wucherung der Gefässwandkerne, schon von Wedl bei Geisteskranken constatirt, wurde von L. Meyer, Schüle, Lubimoff u. A. zumal bei Paralysis progrediens beobachtet. Der erstere traf Anhäufung von Kernen namentlich an der Bifurcation kleinster Gefässe so massenhaft, dass dadurch „schwimmhautartige“ Bildungen zwischen den Aestchen entstanden. Lubimoff fand Kerne ausserhalb der Gefässwand, Schüle Wucherungen von solchen nach innen, welche das Gefässlumen bis auf ein Minimum verlegten.

Fettige Degeneration der Rindengefässe kommt wie bei anderen, zumal acuten, hochfieberhaften Krankheiten (Typhus, Pocken u. s. w., Stricker und Leidesdorf, Tuberculose, Pleuritis, Pneumonie, Asthma, Epilepsie, L. Meyer), so auch bei psychischen Störungen vor. Während Rindfleisch diese Degeneration noch zu den charakteristischen Befunden nach acuten Psychosen stellt, hebt L. Meyer besonders hervor, dass er dieselbe bei rasch verlaufenen Tobsuchtsfällen stets vermisste. Von den chronischen

Psychosen ist es wiederum besonders die Dementia paralytica, bei welcher fettige Entartung der Rindengefässe gefunden worden ist.

Amyloide Entartung der Gefässe der Corticalis traf Tigges bei tuberculöser Meningitis, Hirnembolie, Dementia senilis, Verwirrtsein, progressiver Paralyse, aber auch bei Tuberculose, Amyloid-Entartung von Leber und Milz; Schüle fand sie bei Paralytikern, C. K. Hofmann wiederholt bei anderweitig psychisch Kranken.

Colloide Degeneration feinster Rindengefässe kann einmal als Schollendegeneration (Arndt), dann als homogene, mit Verdickung der Gefässwand verbundene Entartung auftreten. In der Regel fällt sie mit starker Kernwucherung in der Gefässwand zusammen. Sie wurde vorzugsweise in der Grosshirnrinde bei progressiver Paralyse beobachtet (Arndt, Schüle, Lubimoff, Magnan u. A.).

Verkalkung der kleinen Gefässe ist zwar öfter im Centralnervensystem von Geisteskranken und Potatoren gefunden worden, die Hirnrinde jedoch erwies sich frei von derartiger Metamorphose.

Bindegewebige, sklerosirende Entartung kleinster Rindengefässe und Capillaren beobachtete man hauptsächlich bei chronischen Psychosen und primärer Geistesschwäche. Sie beginnt, wie Wedl gezeigt hat, mit der oben erwähnten Kernproliferation aussen an der Wand der Gefässe und kann schliesslich zur Obliteration und Verwandlung der Röhre in einen fibrillären wenige Kerne enthaltenden Strang fortschreiten.

Veränderungen der perivasculären Lymphräume. Was zunächst die Erweiterungen dieser Gebilde anlangt, so wusste man schon lange Zeit, bevor durch His, Robin u. A. die Existenz der perivasculären oder, wie es jetzt nach Boll heisst, der adventitiellen Lymphräume im Gehirne nachgewiesen war, von dem eigenthümlichen siebförmigen Zustande (état criblé, Durand-Fardel) der Nervensubstanz, der namentlich bei alten Leuten und bei Geisteskranken im Marke der Hemisphären und in den grossen Ganglien nicht selten angetroffen wird; es war auch bekannt, dass in diesen Flüssigkeit führenden Röhren einmal ein feines Gefäss verlaufe (Durand-Fardel). Golgi hat nachher, als die Thatsache der perivasculären Lymphräume feststand, sich eingehend mit der pathologischen Anatomie dieser dilatirten Gefässe beschäftigt. Aber schon vorher (1866) hatte Lockhard Clarke hervorgehoben, dass speciell in der Hirnrinde von Paralytikern nicht selten erweiterte und dickwandige geschlängelte Gefässchen umschliessende Lymphscheiden angetroffen werden. Ripping fand in der Corticalis von

Melancholischen wiederholt unregelmässig ausgebuchtete, die verengten Capillaren und kleinen Gefässe umschliessende und an den Theilungsstellen der letztern zu förmlichen Lakunen erweiterte Lymphräume mit flüssigem, mattglänzendem, wenige Rundzellen führendem Inhalt. Analoge Hohlräume wie in diesen Fällen fand er dann massenhaft in Krankheitsfällen, die als melancholische Form der Paralyse zu bezeichnen waren, und beschrieb diesen Befund als cystoide Degeneration der Hirnrinde, die auf Retention von Flüssigkeit in abgeschnürten perivasculären zum Theil schon obliterirte Gefässchen umschliessenden Lymphräumen beruhte. Dass besonders da, wo die Piagefässe in die Corticalis eintreten, ungemein häufig bei Geisteskranken Erweiterung der adventitiellen Lymphräume vorkomme, hat Adler neuerdings gezeigt. Auch dieser Beobachter sah die in denselben liegenden Gefässe geschlängelt, sogar wirklich geknickt.

Was nun weiterhin den abnormen Inhalt dieser Räume anlangt, so versteht sich von selbst, dass zu demselben gerechnet werden müssen die farbigen Blutkörper und zahlreich vorhandenen Rundzellen, die massenhaft vermehrten Kerne, Pigmenthaufen u. s. w., die man auf der Aussenwand der Rindengefässe oder neben derselben beobachtet hat. Denn der Lymphraum ist nach innen begrenzt durch die Media des Blutrohres, nach aussen durch dessen Adventitia. Die erwähnten Gebilde finden sich, wie zum Theil schon oben angegeben wurde, zumal bei Paralytikern in den adventitiellen Räumen. Nach Obersteiner wandern bei dieser Krankheit Rundzellen zunächst in die Lymphscheiden und von da in die Hirnsubstanz selber ein, um sich dort zu Bindegewebe zu organisiren.

Obliteration der perivasculären Lymphräume, d. h. Verwachsung der mittleren Gefässhaut mit der Advenitia hat Adler beschrieben. Dies geschieht einmal, wenn sich Aneurysmen kleinster Gefässe in der Rinde bilden: die vorrückende Media verlöthet sich dann mit der Adventitia (die nun selber fest mit dem umliegenden Gewebe verwächst) und der Lymphraum ist nicht mehr nachzuweisen. Ein anderer Obliterationsvorgang beruht auf Bildung von Bindegewebe in der Gefässscheide. Dasselbe füllt die letztere in Form fortsatzreicher von vielen Kernen, Pigmentkörnern, Amyloidkörpern und einem homogenen Protoplasma umgebener Zellen aus, so dass kleine graue Plaques entstehen, welche in der Mitte ein Gefäss enthalten.

§ 193. Anhangsweise erwähnen wir hier in Kürze die Resultate, welche durch physikalische und chemische Untersuchung des Gehirns

bei Geisteskrankheiten bezw. solchen Affectionen, die psychische Anomalien mit sich bringen können, von einzelnen Beobachtern gewonnen wurden.

Was zunächst das absolute Gewicht[1]) des Hirns bei Seelenstörungen betrifft, so gelangte schon Parchappe zu dem Resultate, dass eine geringe Abnahme desselben bei Geisteskranken stattfinde, und dass mit der sinkenden Intelligenz in unheilbaren Fällen eine stufenweise erfolgende Abnahme an Schwere des Gehirnes zusammenfalle. Meynert fand später, dass im Ganzen den einzelnen Stadien des Irreseins eine absteigende Gewichtsscala entspricht, dass dieser fortschreitende Verlust an Schwere hauptsächlich bedingt wird durch Gewichtsabnahme des Hirnmantels, dass er beim weiblichen Geschlechte erheblicher ist als beim männlichen. Weiter ergaben diese Untersuchungen, dass bei primären Depressionsformen das Gewicht des Hirnmantels weniger abgenommen hatte als bei primären Exaltationsformen. Bezüglich der einzelnen Bezirke des Mantels stellte sich heraus, dass bei Maniakalischen und noch mehr bei Melancholischen der Gewichtsverlust bedingt sein müsse vom Schwunde gewisser Mantelabschnitte, die dem Frontalhirne nicht angehörten. Bei den Gehirnen paralytisch Blödsinniger dagegen, welche von allen die leichtesten waren, hatte zumal der Mantel des Stirntheiles an Schwere eingebüsst. Bei chronischem Alkoholismus war ebenfalls das Hirngewicht niedrig, doch etwas höher als bei progressiver Paralyse; es hatte auch bei dieser Krankheit zumal der Mantel an Schwere verloren, doch schien der Verlust alle Abschnitte desselben gleichmässig betroffen zu haben. Bei epileptisch Geisteskranken wiederum rührte die Gewichtsabnahme von Schwund des Zwischenscheitelhirns her.

Die Untersuchungen über das specifische Gewicht verschiedener Hirntheile geisteskrank verstorbener Individuen haben zu übereinstimmenden und wichtigen Resultaten nicht geführt; dies geht aus einer Arbeit von Nasse[2]) über diesen Gegenstand, welche auch

1) Zur Literatur: Parchappe, Compt. rend. 1848. T. XXVII. Nr. 5. — Damerow, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. VI. S. 360. — Bergmann, ibid. Bd. IX. S. 361. — Skae, Monthly-Journ. Oct. 1854. S. 289. — Baume, Ann. med. psych. 1862. Bd. VIII. S. 451. — Boyd, Journ. of ment. sc. 1865. S. 491. — Meynert, Vierteljahrschr. f. Psych. 1867. H. 2. S. 126. — Derselbe, Wochenbl. d. Ges. d. Wien. Aerzte. 1868. Nr. 20. — Clapham, W. Riding Lun. asyl. m. Rep. Bd. VI. S. 11.

2) Nasse, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXVI. S. 76. Daselbst auch Literatur.

die Ergebnisse anderer Forscher berücksichtigt, hervor und wird von dem Genannten selbst ausdrücklich betont. Nasse vermochte aus seinen Beobachtungen nicht einmal nachzuweisen, dass jahrelang bestehende Geisteskrankheit einen wesentlichen Einfluss ausübe auf die Dichtigkeit des Hirns und besonders dessen Rindensubstanz. Selbst in Fällen von veraltetem Blödsinn fand sich keine erhebliche constante Veränderung des specifischen Gewichtes von Mark und Rinde. Längerer Druck, welchen ergossene Flüssigkeiten auf das Hirn ausüben, scheint die Dichtigkeit desselben zu vermehren. Durch Hirnödem und Atrophie der Rinde wird das specifische Gewicht bald vermindert, bald gesteigert. Bei Hyperämie, besonders bei Stauungen, nimmt die Dichtigkeit der Mark- und Rindensubstanz zu; bei allgemeiner Paralyse fand Nasse, im Widerspruch mit Skae, Verminderung der Dichtigkeit beider Substanzen.

Spärlich und wenig Aufschlüsse gebend sind die Resultate chemischer Analysen[1]) pathologischer, speciell solcher Gehirne, von denen während des Lebens abnorme Erscheinungen des Seelenlebens geäussert wurden.

Den Wassergehalt des Gehirns, insbesondere der Windungen und der grauen Substanz überhaupt, fanden Addison und Weissbach bei Geisteskranken grösser als normal. Diesem Wasserreichthum scheint nach Addison's Analysen eine Armuth der grauen Substanz an Fetten zu entsprechen, welche besonders stark hervortrat in Fällen von Idiotie, Dementia und Melancholie. Weissbach's Analysen, welche zumal hohe Zahlen für den Wassergehalt in der grauen Hirnsubstanz seniler Geisteskranken lieferten, steht correspondirend eine Beobachtung von Schlossberger und v. Bibra zur Seite, dass in Gehirnen bejahrter Personen die in Aether löslichen Substanzen an Menge abgenommen haben. Wir haben schon früher erwähnt, dass Addison ein bestimmtes Verhältniss zwischen dem Phosphorgehalte des Gehirnes Geisteskranker und der Stufe ihrer Intelligenz nicht zu constatiren vermochte.

1) Zur Literatur: v. Bibra, Vergl. Unters. über das Gehirn des Menschen u. s. w. Mannheim 1854. — Derselbe, Annal. d. Chemie u. Pharm. Bd. XCI. S. 1. — Schlossberger, Erster Versuch einer allg. vergl. Thierchemie. Lpz. 1856. — Derselbe, Liebig's Annal. Bd. XC. S. 381. — Frerichs u. Städeler, Mitth. d. nat. Ges. in Zürich. 1858. Jul. S. 4. — Neukomm, Ueber das Vorkommen von Leucin u. Tyrosin u. s. w. im menschl. Körper bei Krankh. Diss. Zürich 1859. — Addison, Journ. of ment. sc. 1866. Jul. S. 189. — Weissbach, Wien. med. Jahrb. 1868. S. 113. — Grohe, Greifsw. med. Beitr. Bd. III. S. 1. — Jaffé, Virch. Arch. Bd. XXXVI. 1. S. 20. — Vergl. ausserdem die Lehrbücher d. physiol. Chemie von Kühne. S. 340. — v. Gorup-Besanez. 2. Aufl. S. 696.

Diejenigen chemischen Körper, welche man im Gehirne bei solchen Krankheiten vorfand, denen Einfluss auf das Zustandekommen von Seelenstörung zugeschrieben werden muss, sind nur zum kleinen Theile als wirklich abnorme Gewebsbestandtheile des Organs zu betrachten. Dies gilt vom Leucin, das von Frerichs und Städeler bei acuter gelber Leberatrophie, von Scheerer und von Neukomm (neben Tyrosin) bei acutem Gelenkrheumatismus, von dem Letzteren weiterhin bei Tuberculose, Syphilis tertiaria, Morbus Brightii, chronischem Alkoholismus im Gehirne angetroffen wurde. Auch Harnstoff fanden Neukomm bei tertiärer mit Amyloidniere complicirter Lues und bei eigentlichem Morbus Brightii, Voit und Buhl aber reichlich bei Cholera im Gehirn. Was nun Substanzen wie Kreatin und Inosit anlangt, die nach Neukomm u. A. bei mehreren Krankheiten, welche zu Psychopathien prädisponiren, im Gehirne auftreten, so könnte es sich nur darum handeln, ob die Menge derselben unter diesen abgeänderten Lebensbedingungen vermehrt sei, da dieselben zu den „mehr oder weniger constanten und normalen Bestandtheilen“ des menschlichen Gehirns gehören, wie W. Müller und nach ihm Andere nachgewiesen haben. Ebenso verhält es sich mit den Zucker bildenden Substanzen; Grohe war der Ansicht, dass ihr Vorkommen im Gehirne charakteristisch sei für Diabetes mellitus (der ja auch psychische Störungen hie und da herbeiführt); Jaffé aber begegnete denselben auch ab und zu in Gehirnen gesunder Individuen.

§ 194. Die Fragen, mit deren Beantwortung sich die pathologische Physiologie der Hirnrinde zu beschäftigen hat, sind leicht gestellt; sie bieten sich beinahe von selbst schon demjenigen dar, der erst einen flüchtigen Ueberblick über die Erfahrungen gethan hat, welche den Inhalt der allgemeinen Psychopathologie ausmachen. Wie entstehen jene Störungen, die man psychische nennt, d. h. wie haben wir die Wirkung der empirisch bekannten Ursachen derselben aufzufassen? Was ist das Wesen dieser Krankheiten, d. h. wie vermögen wir die psychopathischen Symptome, den Verlauf und die Ausgänge der Psychosen aus den anatomischen und chemischen Befunden in der Rindensubstanz zu deuten, wie aber zu erklären, wenn solche Veränderungen sich nicht constatiren lassen? Die Geschichte der Psychopathologie hat mancherlei ältere und auch neuere Versuche, diese Probleme zu lösen, verzeichnet. Dieselben entsprachen den jeweilig herrschenden Ansichten über die Natur der

psychischen Processe, über ihre Unabhängigkeit oder Abhängigkeit vom Körper. Auf die der Geschichte angehörigen Dogmen, die einen Ballast jetzt obsoleter pathologisch-physiologischer Wortbegriffe mit sich führten, können und dürfen wir nicht eingehen. Nachdem man erkannt hatte, dass mit dergleichen Reflexionen und Annahmen die Kenntniss von dem Wesen der psychischen Störung auch um keines Haares Breite fortgeschritten sei, ergab man sich mit Resignation in das Schicksal, ohne jede theoretische Auffassung die psychopathologischen Thatsachen, wie sie eine detaillirende Beobachtung feststellte, neben einander aufzureihen. Vieles spricht jedoch dafür, dass nun die Zeit gekommen sei, da es anders werden will. Denn obwohl einige Fachmänner noch eben erst ausgesprochen haben, dass, wie physiologisch nichts Näheres über die psychischen Vorgänge auszusagen sei, so auch jeder Versuch, krankhafte Seelenäusserungen zu erklären, fehlschlage, dass man über diese Dinge auch absolut nichts Zuverlässiges wisse — Andere haben sich unbekümmert um solche Sätze an den Versuch gewagt, einige oder die meisten, wichtigsten der psychopathischen Erscheinungen vom theoretischen Standpunkte aus soweit zu erklären, als es auf Grundlage der gegenwärtig vorhandenen physiologischen Kenntnisse möglich ist. Es mögen schon hier die Arbeiten von Spamer[1]), Dittmar[2]) und Weiss[3]) genannt und zugleich erwähnt werden, dass vor längerer Zeit bereits Richarz[4]) eine Erklärung mancher psychopathologischen Erscheinungen gab, die mit den modernen Anschauungen im Einklang steht. Selbstverständlich handelt es sich bei diesen theoretischen Auffassungen lediglich um Hypothesen, die bloss Versuche eines Forschers sind, sich selbst über gewisse Naturerscheinungen klar zu werden, die der Discussion und Vergleichung mit andern, vielleicht erst von ihnen selbst angeregten, Ueberlegungen und deren Resultaten nicht sowohl gewärtig als ihnen geradezu unterworfen sind und sein wollen. Wenn wir am Schlusse unserer Betrachtungen noch einige Hypothesen über die Natur gewisser krankhafter Seelenerscheinungen geben, so entspricht dies allerdings nicht ganz dem propädeutischen Zwecke dieser Schrift, die ja in das psychiatrische Studium nur einführen soll. Wie an anderen Stellen, wo noch schwebende Fragen berührt werden mussten, so überlassen wir

1) Spamer, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. V. S. 318.
2) Dittmar, Ueber regul. u. über cykl. Psychosen. Bonn 1877.
3) J. Weiss, Die cerebralen Grundzustände der Psychosen. Stuttg. 1877.
4) Richarz, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. VII. S. 160.

es auch dort dem Leser, in wie weit er im Besitze hirnanatomischer, nervenphysiologischer und innenärztlicher Kenntnisse die theoretischen Auffassungen krankhafter Seelenerscheinungen seinem eigenen Urtheil gemäss anerkennt oder verwerfen muss.

§ 195. In Kürze wollen wir die wichtigsten anatomischen, physiologischen und klinischen Thatsachen ins Auge fassen, welche uns einige zuverlässige Anhaltspunkte für die theoretische Auffassung der psychischen Störung darbieten. Auf Details und namentlich auf Controversen, welche über die Deutung dieser Thatsachen noch bestehen, können wir selbstverständlich nicht näher eingehen. Ein Jeder, der heute Psychiatrie studiren will, muss sich mit den anatomisch-physiologischen und klinischen Vorkenntnissen ausstatten und eben auch ein eigenes Urtheil über die Theorien zu gewinnen suchen, welche auf den empirischen Thatsachen aufgerichtet worden sind.

Unzweideutig geht aus den experimentellen Forschungen von Magendie, Flourens, Longet, Schiff, Hertwig, Voit, Goltz u. A.[1]) hervor, dass die Grosshirnlappen das anatomische Substrat der psychischen Verrichtungen sind: vollständige Abtragung derselben hebt die seelischen Lebenserscheinungen auf, bewusste Empfindung, Gefühle, Erinnerung, Combination, Willkür sind verschwunden, wenn diese Theile fehlen.

Bei Thieren, welche der Grosshirnlappen beraubt sind, ist die Aufnahme der äussern Reize durch Seh-, Geschmacks- und Tastnerven erhalten; die Lider schliessen sich bei intensiver Beleuchtung, der Kopf folgt den Bewegungen einer brennenden Kerze, Betupfung der Mundschleimhaut mit schmeckenden Substanzen hat Zungen- und Kieferbewegungen zur Folge, eingebrachte Nahrung wird verschluckt, Stechen, Kneipen rufen Geschrei und Fluchtversuche hervor. Aber wenn auch bei den letzteren die Thiere (sofern die Vierhügel und alle darunter liegenden Gebilde intact blieben) entgegenstehende Hindernisse umgehen, wenn sie auch sich putzen, sobald Unordnungen auf der äusseren Decke als Reize wirken, alle Leistungen, welche ein Zusammenwirken von mehreren Sineseindrücken unter einander und Associationen neuer Eindrücke mit den Erinnerungen früherer voraussetzen, fehlen bei diesen verstümmelten

1) Magendie, Leç. sur le fonct. du syst. nerv. 1839. — Flourens, Rech. expér. sur le fonct. du syst. nerv. 1842. — Longet, Anat. et physiol. du syst. nerv. I. S. 542 ff. — Schiff, Physiol. des Nervensyst. 1858. S. 331 ff. — Voit, Sitzungsber. der bayer. Acad. 1868. II. — Böttger, Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. XXVI. S. 229. — Porta, ibid. Bd. XXXI. S. 489.

Organismen völlig. Sie würden neben ihrer Nahrung verhungern, weil sie dieselbe nicht erkennen, wenn sie nicht künstlich gefüttert würden; sie lassen sich schlecht schmeckende Substanzen in rascher Folge ohne Widerstreben in den Mund bringen, verschlucken das eingeführte Futter ohne Zeichen von Gier selbst nach langer Abstinenz. Detonationen, das Geschrei von verschiedenen Raubthieren, welche je nach der Species der Versuchsobjecte natürliche Verfolger derselben sind, rufen keinerlei Reactionen mehr hervor. So lange keine Reize auf die grosshirnlosen Thiere einwirken, welche die Reflexapparate erregen, sitzen sie still wie im Zustande tiefen Stupors da.

Beobachtungen am Menschen beweisen, dass mit fortschreitender Desorganisation der Rinde beider Grosshirnhemisphären die psychischen Lebenserscheinungen beschränkt werden und bei völlig diffusen, schweren Erkrankungen derselben das psychische Leben aufhört.

Während die totale Exstirpation beider Hemisphären beim Thier, die völlige Degeneration ihrer Rinde beim Menschen eklatante Erscheinungen hervorbringen, führt der partielle Verlust dieser centralen Gebilde, selbst wenn er sich auf grössere Massen von Nervensubstanz erstreckt, keine sehr auffälligen Beeinträchtigungen des Seelenlebens herbei.

Der Verlust einer Hemisphäre hatte bei Thieren augenscheinlich nur Blindheit auf dem gegenüberliegenden Auge, vorübergehende Schwäche der entgegengesetzten Körperhälfte, bei Menschen in mehreren Fällen keine nachweisbare Veränderung im psychischen Verhalten oder nur leichtere Ermüdlichkeit bei geistiger Arbeit zur Folge (Ferrus, Longet, Schiff, Porta). Selbstverständlich geht aus diesen Erfahrungen mit Gewissheit noch nicht hervor, dass eine Hemisphäre, speciell die Rinde derselben allein der psychischen Thätigkeit durchaus, nämlich sämmtlichen Einzelverrichtungen derselben vorstehen könne. Wie das einfache Auge ein Sehorgan für sich bildet, dessen Function aber doch nicht derjenigen des Doppelauges gleich ist, so kann auch jede Hemisphäre für sich ein psychisches Organ sein, dessen Leistung verschieden sein mag von der Function der Doppelhemisphäre (Wundt). Neue Beobachtungen müssen feststellen, ob doch nicht unter solchen Umständen die psychische Leistungsfähigkeit namentlich in Bezug auf feinere Verrichtungen gegen früher abgenommen hat. Die Erfahrung, dass bei oberflächlicher Untersuchung leicht schwachsinnig gewordener Individuen der Defect verborgen bleiben kann, weil die psychische Persönlichkeit von ehedem nicht genau festgestellt wird und die Schwäche sich

versteckt hinter eine Masse formeller geistiger Fertigkeiten, die in früherer Zeit erworben wurden und noch persistiren, diese Erfahrung muss uns aufmerksam und vorsichtig machen in der Schlussfolgerung aus den wenigen und auch nicht sehr genauen Beobachtungen über Defect einer Hemisphäre. Weiterhin ist zu erwägen, dass auf die Sprache und gewisse feinere Bewegungsformen, wie Schreiben, Zeichnen u. s. w., nur eine Hemisphäre, auf die gewöhnlichen motorischen Leistungen aber jede Grosshirnhälfte eingeübt ist, dass also Zerstörungen einer Hemisphäre entweder jene Leistungen mindestens für einige Zeit unmöglich machen, wenn die eingeübte von ihnen betroffen war, oder intact lassen werden, wenn die andere ihnen anheim fiel, dass aber die gröberen Bewegungen in beiden Fällen nicht beeinträchtigt zu werden brauchen. Man muss ja beinahe annehmen, dass auch bezüglich gewisser (nicht aller) psychischen Leistungen eine Hemisphäre den Vorrang einfach durch Uebung erlange. Und vielleicht ist in jenen Fällen, wo keine erheblichen Schäden für das Seelenleben aus dem in Rede stehenden Defecte erwuchsen, eben die weniger wichtige Hirnhälfte betroffen gewesen. In andern dagegen (z. B. demjenigen von Böttger), wo Geistesschwäche aus der nämlichen Läsion hervorging, mag die zerstörte Hemisphäre gerade die werthvollere gewesen sein. Dass in künftigen Beobachtungen ausdrücklich die Rechtshändigkeit bezw. Linkshändigkeit festzustellen sei, bedarf im Hinblick auf diesbezügliche Erfahrungen über Aphasie und verwandte Störungen nur der Erwähnung.

Die Duplicität der Grosshirnhemisphären hat vielfach zum Ausgangspunkt theoretischer Speculationen über die Natur gewisser normaler wie krankhafter Störungen der psychischen Processe gedient. Wie Wigan, so suchten auch Jensen und Huppert das Phänomen der Erinnerungstäuschungen auf zeitliche Incongruenz der Erregung beider Hirnhälften zurückzuführen. Esquirol und nach ihm Atkinson glaubten die Erscheinungen der Mania und Melancholia sine delirio auf abnorme Function der einen, normale Verrichtung der anderen Hemisphäre beziehen zu müssen.

§ 196. Die complete Vernichtung des psychischen Lebens, von welcher oben die Rede war, sah man bei den Thierversuchen erst eintreten, wenn die schichtenweise geschehende Abtragung der Hemisphären eine gewisse Grenze überschritten hatte (Flourens). So lange diese Grenze nicht erreicht war, schienen nur — und zwar ebensowohl bei Abtragung der Hemisphären von vorn nach hinten als in umgekehrter Richtung und von aussen nach innen — die

psychischen Leistungen successive mit dem wachsenden Substanzverluste abzunehmen. Wurde vor jener Grenze innegehalten, so erlangten die Thiere augenscheinlich ihre volle Integrität wieder, sie waren bald nicht mehr von gesunden Organismen der gleichen Art zu unterscheiden.

Im Hinblick auf neuere Ergebnisse der Experimentalforschung und der klinischen Beobachtung, welche mit den Thatsachen der neueren Hirnanatomie im Einklang stehen, können die Schlüsse, welche namentlich Flourens aus jenen experimentellen Erfahrungen zog, unmöglich mehr für richtig gehalten werden. Er lehrte nämlich, dass die Grosshirnlappen in ihrer Gesammtheit die psychischen Lebenserscheinungen vermittelten, dass weder Wahrnehmung noch Combination noch willkürliche Bewegung von besondern Orten der Hemisphären abhängig seien, dass endlich nach Verlusten an Grosshirnsubstanz der übrig gebliebene (wenn auch selbst kleine) Theil bald befähigt werde, allein sämmtliche Verrichtungen des ehemaligen Ganzen zu leisten.

Schon die bald nach Begründung der Flourens'schen Lehre folgenden Entdeckungen über die Localisation des Sprachvermögens an der Grosshirnoberfläche (Dax, Bouillaud, Broca) führten zu Zweifeln an der Richtigkeit jener Theorie von der gleichmässigen Vertheilung aller Functionen im Grosshirn. Im Ganzen aber blieb die Lehre doch herrschend, bis wiederum durch Experimentalforschungen ein Umschwung in der Physiologie des Grosshirns herbeigeführt ward. Ehe dies geschah, hatten übrigens einige Forscher, gestützt auf klinische Beobachtungen einerseits, auf anatomische Untersuchungen anderseits mit Bestimmtheit Opposition gemacht gegen jene verbreitete Lehre. So nahm Schröder van der Kolk[1]) „verschiedene Kräfte in verschiedenen Hemisphärentheilen" an, er bezeichnete als das Substrat der Gemüthsbewegungen den Hinterhaupts- und Scheitellappen, das Frontalhirn als den für die intellectuellen Leistungen wesentlichen Abschnitt der Hemisphären. Denn er hatte sich durch zahlreiche Sectionen überzeugt, dass bei Gemüthsleiden jene ersteren, bei Blödsinn und Verstandesstörung überhaupt die letzteren Lappen speciell in ihrer Rindensubstanz verändert seien. Meynert[2]), welcher gleichzeitig mit L. Meyer erkannte, dass bei paralytischem Blödsinn Atrophie der Vorderlappen den Hauptbefund ausmache, gelangte weiterhin durch genaue anatomische und histologische Untersuchun-

1) Schröder v. d. Kolk, Geisteskrankheiten, übers. v. Theile. S. 33 ff.
2) Meynert, Wochenbl. d. Gesellsch. Wien. Aerzte. 1869. Nr. 22. S. 249.

gen der Hirnrinde und Hirnfaserung zu dem Schlusse, dass die Corticalis des Vorderlappens psychomotorische, diejenige des Hinterhaupts und Schläfelappens aber sensorische Functionen haben müsse.

Definitiv entscheidend für die Frage nach der Localisation im Grosshirn waren die Versuche von Hitzig[1]) und Fritsch, durch welche bewiesen wurde, dass gewisse Bezirke der Hemisphärenoberfläche zu motorischen Leistungen in Beziehung stehen, dass hingegen allen übrigen Stellen derselben eben diese Eigenschaft fehle. Es gelang den genannten Forschern durch schwache elektrische Reizung enge umschriebener Rindenterritorien, die bei Hunden unter der Stirne gelegen sind, Bewegungen auf der gegenüberliegenden Körperhälfte auszulösen und durch Zerstörung dieser Bezirke Motilitätsstörungen zu erzeugen, welche auf Anomalien des Muskelbewusstseins hinwiesen: die Thiere rutschten auf glattem Boden aus, setzten die betroffenen Extremitäten unsicher auf, liessen dieselben in andere Lagen bringen, ohne es zu bemerken. Hitzig zeigte später, dass analoge, die Motilität beeinflussende, „Centren" beim Affen in der vorderen Centralwindung gelegen sind und dass aus klinischen Beobachtungen auf das Vorhandensein gleichwerthiger Territorien in derselben Region der menschlichen Hirnoberfläche geschlossen werden muss. Das Thatsächliche dieser Versuche ist seither von vielen Anderen bestätigt (Nothnagel, Schiff, Eckhard, Braun, Soltmann u. A.), im gleichen durch eine Reihe von Beobachtungen dargethan worden, dass auch beim Menschen jene örtliche Differenz in den Functionen an verschiedenen Stellen der Hemisphärenoberfläche anzunehmen ist (Wernher, Löchner, Simon, Bernhardt, Samt, Gliky, Gelpke, Charcot, Jackson u. A.). Weitere experimentelle Untersuchungen ergaben, dass an der Ober-

1) Hitzig, Untersuchungen über das Gehirn. Berl. 1874. — Derselbe, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXII. S. 407. — Derselbe, Samml. klin. Vorträge v. Volkmann. Nr. 112. — Ferrier, West Rid. Lun. Asyl. Med. rep. 1873. Vol. III. — Nothnagel, Virch. Arch. Bd. LVII. 1873. — Schiff, Lezioni di fisiol. sper. etc. Append. II. Edit. fir. 1873. S. 529. — Eckhard, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXII. S. 465. — Braun, Eckhard's Beiträge z. Physiol. Bd. VII. — Soltmann, Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. IX. — Hermann, Pflüger's Arch. Bd. X. S. 77. — Goltz, ibid. Bd. XIII u. XIV. — Fürstner, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. VI. S. 719. — Hitzig a. a. O. — Wernher, Virch. Arch. Bd. LV. — Th. Simon, Berl. klin. Wochenschr. 1873. Nr. 4 u. 5. — Löchner, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. S. 635. — Bernhardt, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. IV. S. 480. — Samt, ibid. Bd. V. S. 201. — Gliky, Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XVI. S. 463. — Gelpke, Arch. d. Heilk. 1876. Bd. XVII. H. 5.

fläche des Hinterhauptlappens Bezirke gelegen sind, die zu sensorischen Functionen (Gesichtsempfindungen) in Beziehungen stehen (Hitzig, Munk), dass wahrscheinlich an der Spitze des Schläfelappens ein für acustische Empfindungen wichtiger Bezirk existire. Klinische Erfahrungen (von Fürstner) sprechen für einen bestimmten Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Hinterhauptlappens mit Sehstörungen beim Menschen. Wesentlich andere Resultate als Hitzig und diejenigen, welche sich gleich ihm strenge lokalisirender Versuchsmethoden bedienten, erlangten andere Forscher (Ferrier, Goltz) bei Anwendung starker elektrischer Ströme einerseits, bei der Breite und Tiefe nach weitgreifenden Zerstörungen der Hirnoberfläche andererseits. Diese Resultate sind natürlich nicht im Stande, die von Hitzig begründete Lehre umzustossen.

Es bestehen übrigens noch immer Controversen über die Deutung der auch bei strenge lokalisirenden Versuchsmethoden und bei sehr kleinen Herderkrankungen der Hirnoberfläche beobachteten Erscheinungen. Vor allem ist der Einwand gemacht worden, es handele sich hier bei Reizungs- und bei Ausfallssymptomen im Experiment und bei Erkrankungen um Erscheinungen, deren Ursprung nicht mit Gewissheit in der Rinde, sondern ebenso gut auch in der dicht unter ihr gelegenen Marksubstanz zu suchen sei. Was die Beobachtungen am Menschen betrifft, so ist allerdings dieser Einwand noch nicht beseitigt, indem bei fast allen Fällen wenigstens das Mark unter dem corticalen Herde mit betheiligt war. Bei Thierversuchen aber genügen, wie Hitzig gezeigt hat, die geringfügigsten das Mark nicht erreichenden Eingriffe in die Rinde, um die betreffenden Störungen herbeizuführen. Wird die weisse Substanz durch tiefere Läsionen mit verletzt, so werden die Erscheinungen intensiver und mannigfaltiger.

§ 197. Geht aus alledem und zwar vollkommen in Uebereinstimmung mit den hirnanatomischen Thatsachen hervor, dass in den vorderen Parthien der Rinde, die durch besonders reiche Faserzüge mit den grossen (motorischen) Ganglien des Hirnstammes verbunden sind und in welchen die grossen (wahrscheinlich motorischen) Rindenkörper überwiegen, von ganz bestimmten Stellen motorische Leistungen vermittelt werden und dass ebenda auch motorische Elemente liegen müssen, dass weiterhin in den Hinterhaupts- und Schläfegegenden der Rinde, denen die sensibeln und sensorischen Bahnen in starken Bündeln zuziehen und wo sich besonders reichlich kleine (wahrscheinlich empfindende) Ganglienzellen finden, Territorien für sensitive

Functionen gelegen sind, so wäre damit vorerst nur bewiesen, dass lediglich die physiologisch elementaren Leistungen der Hirnrinde, nämlich Bewegungsanstoss und Empfindung weder an die Rinde in ihrer Totalität, sondern an bestimmte Bezirke gebunden sind, noch dass sie beide von denselben Abschnitten dieser Organisation vermittelt werden. Ob nun auch die physiologisch Complicirteren, nur vom psychologischen Standpunkte aus als „elementare“ bezeichneten Leistungen der Corticalsubstanz, nämlich die Gefühle und Vorstellungen in ihren verschiedenen Formen, mehr oder weniger localisirt sind, wissen wir noch nicht. Jedenfalls ist anzunehmen, dass diese psychischen Vorgänge, eben weil sie complicirtere sind, von ganzen Gruppen elementarer Gebilde mit zum Theil sehr grosser Individuenzahl vermittelt werden. Diese Gruppen können sehr wohl gebildet sein von Zellen, die zerstreut über die Rinde hier und dort liegen, es ist aber auch möglich, dass sie neben einander auf grösseren corticalen Bezirken stationirt sind. In Bezug auf das letztere wäre zunächst daran zu denken, dass ja das Sprachvermögen auch an die Integrität eines grösseren Rindenabschnittes gebunden ist. Weiterhin könnte man anführen — und dies geschieht auch von den Vertheidigern dieser Ansicht — dass in der Thierreihe bis zum Menschen herauf mit der wachsenden Intelligenz der Gattung das Volum des Stirnhirns zunimmt, dass begabte Stämme und Individuen des Genus homo hochentwickelte Frontallappen besitzen, tiefstehende Raçen und Idioten mit Armuth dieser Hirntheile behaftet sind, dass bei erworbenem Blödsinn besonders die Vorderlappen atrophisch gefunden werden (§ 196). Einige verlegen, wie zum Theil schon erwähnt wurde, den Sitz der Gefühle, specieller des Gemüths, der Moral in die hinteren Parthien der Grosshirnlappen, nehmen dementsprechend an, dass Verkümmerung dieser Theile Defecte, Erkrankung derselben Störungen jener complicirten Functionen hervorbringen (Schröder v. d. Kolk, Fothergill, Benedikt u. A.[1]).

Ob die Wahrnehmungen der einzelnen Sinne von bestimmter umschriebenen Rindenbezirken — centralen Sinnesflächen — vermittelt werden, ist noch nicht endgiltig festgestellt. Wohl haben Meynert[2]) und nach ihm Andere die Ansicht ausgesprochen, dass Hinterhaupts- und Schläfelappen, diejenigen Gebiete also, welche die empfindenden Zellen enthalten, auch den aus Empfindungen hervorgehenden Vor-

1) Schröder v. d. Kolk a. a. O. — Fothergill, Lond. med. Rep. 1875. S. 125. — Benedikt, Tageblatt der Naturforschervers. zu Graz. 1875. S. 134.

2) Meynert, Wochenbl. d. Gesellsch. d. Wien. Aerzte. 1869. Nr. 22.

stellungen, den Wahrnehmungen, als Substrate dienten; die experimentellen Beobachtungen von Goltz[1]), denen sich auch klinische Erfahrungen anschliessen, deuten doch darauf hin, dass auch noch andere Rindenterritorien für das Zustandekommen wenigstens präciser Gesichtswahrnehmungen nothwendig sind.

Im nahen Zusammenhang mit dieser Frage steht eine zweite, vielfach schon discutirte, in wie weit nämlich die „Trugwahrnehmungen", die Phantasmen lokalisirt seien. Dass dieselben in der Rinde appercipirt werden, ist selbstverständlich und darüber herrscht auch kein Streit. Meynert nahm (1869) an, dass die Sinnesoberflächen im Hinterhaupts- und Schläfelappen auch zu den Hallucinationen in directer Beziehung ständen. Wundt[2]) hält allerdings für nur sehr wahrscheinlich, dass gesteigerte Reizbarkeit centraler Sinnesflächen, an deren Lokalisation in gewissen Rindenprovinzen aber noch nicht gedacht werden könne, Ursache der Phantasmen sei; er betont, dass wenigstens bei gewissen Hallucinationen eine Ausbreitung dieser Erregung auf der Nervenbahn bis zur peripherischen Verbreitung im Sinnesorgane stattfinden müsse. Schröder v. d. Kolk, Kahlbaum, Hagen[3]) u. A. legen das Hauptgewicht auf die Erregung jener in den Verlauf der sensorischen Bahnen, zwischen Peripherie und Hemisphären eingeschaltene Ganglien (Sinneshirn Hagen's). Von hier aus würde der Erregungsvorgang einmal nach der Peripherie, dann aber auch nach dem Bewusstseinsapparate selbst fortschreiten, der Rinde also nur die Rolle der Apperceptionsstätte wie bei der Wahrnehmung zufallen (Schröder v. d. Kolk). Meynert[4]) fügt neuerdings hinzu: „Wenn subjective Erregungen der subcorticalen Sinnescentren ungehemmt bis zur Rinde gelangen, so wird die Rinde durch einen, auf die Identität der Eindrücke gegründeten Schlussprocess dieselben als von der Aussenwelt herstammend aufnehmen. Bei normal kräftiger Wirksamkeit hemmt die Rinde die Zuleitung von objectlosen Erregungen solcher Centren. Bei herabgesetzter Leistung hemmt sie dergleichen nicht."

§ 198. Auch die genaueste anatomische und experimentelle Durchforschung des Grosshirns, die gründlichsten Kenntnisse über

1) Goltz a. a. O.

2) Wundt, Physiol. Psychologie. S. 647.

3) Schröder v. d. Kolk, Geisteskrankheiten. Deutsch v. Theile. S. 7 ff. — Kahlbaum, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIII. S. 1 ff. — Hagen, ibid. Bd. XXV. S. 51.

4) Meynert, Wien. psychiatr. Centralbl. 1877.

das regelmässige Zusammenfallen gewisser Veränderungen der Corticalis mit gewissen psychopathischen Symptomen würden keinerlei Aufschluss über die wahre Natur der psychischen Lebenserscheinungen zu liefern im Stande sein. Das Wesen der Bewusstseinszustände und Vorgänge ist und bleibt wahrscheinlich für lange noch völlig dunkel. Nur von den Ursachen dieser Vorgänge können wir uns durch Abstraction aus den Beobachtungsthatsachen und nach Analogie gewisser anderer Naturerscheinungen eine Vorstellung bilden. Die letzten uns dermalen begreiflichen Ursachen der psychischen Vorgänge sind Molecularbewegungen, Umlagerungen der Atome in der Substanz der Ganglienzellen. Um die Theorie dieser physikalisch-chemischen Vorgänge speciell in den Ganglienzellen haben sich Pflüger[1]) und Wundt[2]) vor allem verdient gemacht.

Eine jede der Ganglienzellen, welche in ungeheurer Anzahl (über 600 Millionen nach Meynert) die Grosshirnrinde bevölkern, stellt ein selbständig lebendes Organ dar, das continuirlich Nährsubstanzen aus dem Blute aufnimmt und assimilirt, und zugleich Sauerstoff bindet. Die Assimilation der Nährstoffe hat man sich (nach Wundt) so zu denken, dass aus einfacheren chemischen Körpern durch Synthese hochatomige, lockere Verbindungen gebildet werden. Der Sauerstoff wird nach Pflüger zwischen die Molecüle der specifischen Zellensubstanzen aufgenommen. Bei diesen Vorgängen verwandeln sich lebendige Kräfte in Spannkräfte, welche als solche für künftige Leistungen des Elementes aufgespeichert werden (innere oder negative Moleculararbeit, Wundt). Es gehen aber auch fortwährend Zersetzungsprocesse in der Zelle vor sich, indem aus hochatomigen lockeren Verbindungen durch Oxydation wieder einfachere festere Stoffwechselproducte entstehen, die natürlich vom Blute weggeführt werden müssen. Nach Pflüger hat man sich diese Vorgänge als kleine Kohlensäureexplosionen vorzustellen, welche bald ganz minimal sind und keine merklichen Folgen haben, bald aber heftig vor sich gehen und dann energische Wirkungen ausüben, weil grosse Mengen latenter Kräfte in lebendige Arbeit (äussere oder positive Moleculararbeit, Wundt) umgesetzt werden. Dann lässt sich die Zelle der laut singenden Flamme vergleichen, während sie vorher nur der leise singenden ähnlich war (Pflüger). Die Veranlassung zu dieser Veränderung der molecularen Vorgänge in der

1) Pflüger, Arch. f. d. ges. Phys. Bd. X. S. 251 ff., 468 ff.

2) Wundt, Physiol. Psychol. S. 260 ff. u. Unters. zur Mechanik d. Nerven u. Nervencentren.

Zelle gibt naturgemäss fast immer der Reiz, welcher dieselbe trifft und in Erregung zu versetzen befähigt ist. Beruht die Erregbarkeit des Elementes auf dem Vorhandensein auslösbarer Spannkräfte, so ist die Erregung selbst gleichwerthig mit der Umsetzung latenter Kraft in lebendige Arbeit, die auf die Leitungsbahnen übertragen zur Auslösung anderer Kräfte weiter verwendet oder verwandelt (Wärme), auch latent werden kann. Mit der Zunahme der äusseren Moleculararbeit in der erregten Zelle wächst nun auch die Grösse der inneren: dem stärkeren Stoffverbrauche entsprechend wird mehr Sauerstoff aufgenommen, und es werden reichlicher jene specifischen hochatomigen und lockeren Körper gebildet, aus deren Zersetzung eben die Functionskraft der Zelle entspringt. Im Allgemeinen aber wird dem Verbrauche an Spannkräften die nebenhergehende Ansammelung von solchen nicht Schritt halten, daher nach einiger Functionsdauer Erschöpfung eintreten und ein Stadium der Erholung nachfolgen müssen, in welchem wieder die innere Moleculararbeit mächtig überwiegt. Dieser Zustand ist Schlaf, wenn in allen Elementen der Corticalis zugleich die Restitution verausgabter Spannkräfte durch Assimilation von Nährsubstanzen und Aufnahme von Sauerstoff geschieht. Wahrscheinlich werden während der Dauer dieses Zustandes auch die Stoffwechselproducte, die bei der Thätigkeit der Elemente entstanden, vollends entfernt. Es wird sich dabei um Wegführung von Säuren handeln, da man weiss, dass erregte Nervensubstanz (Tetanus) sauer reagirt (Heidenhain, Ranke[1]) und dass diese Reaction durch die Ganglienzellen der Hauptsache nach bedingt ist. Weiterhin dürfen wir nicht unerwähnt lassen, dass ältere und neuere, auch experimentelle Erfahrungen (Durham[2]) ergeben haben, dass dem Schlafe eine relative Anämie, dem wachen Zustande eine functionelle Hyperämie wenigstens der Hirnoberfläche entspricht (womit natürlich noch durchaus nicht gesagt ist, dass in der Corticalis selbst analoge Vorgänge unter den gleichen Bedingungen stattfinden).

Jeder Reiz, welcher einer Zelle von der Peripherie oder von einem andern Elemente her auf einer Leitungsbahn zugeführt wird, ist gleich einer bestimmten Grösse lebendiger Arbeit, welche in dem Elemente latent werden oder daselbst vorhandene Spannkräfte auslösen kann. Ganz schwache Reizungen gehen wegen der Wider-

1) Heidenhain, Studien d. psychol. Instit. zu Breslau. H. 4. S. 248. u. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1868. Nr. 53. — Ranke, Die Lebensbedingungen d. Nerven. Leipz. 1868. u. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1868. Nr. 49; 1869. Nr. 7.

2) Durham, Schmidt's Jahrb. 1861. Nr. 4. S. 13.

stände, welche die Zelle einer jeden Reizung entgegensetzt, in derselben unter; bei stärkeren wird wenigstens ein Theil der lebendigen Kraft latent; es wächst nämlich, wenn die Reizung beginnt, zunächst die negative Moleculararbeit in der Zelle, d. h. die anlangende Erregung geht unter, bei dauernder, wiederholter oder sehr starker Reizung nimmt aber auch die positive Moleculararbeit zu, sie gewinnt den Vorrang und so kommt es zur Erregung des Elementes selbst, die so lange anhält, als der Reiz wirkt und noch genug Kraftvorrath vorhanden ist, bezw. neu erzeugt wird. Ist derselbe aufgezehrt, so kommt er wahrscheinlich zu einem kurzen Stadium der „Reaction“, in welchem die Zelle unerregbar ist, weil jetzt die innere Moleculararbeit überwiegt. Die einmal abgelaufene Erregung hat aber einen (für kürzere oder längere Zeit) bleibenden Effect: sie begründet in dem Elemente eine Disposition zum abermaligen Ablauf des nämlichen Molecularvorganges. Man kann diesen Sachverhalt, der das Wesentliche ist bei allem was Gedächtniss im weitesten Sinne, was Effect von Uebung, Gewöhnung u. s. w. heisst, im Allgemeinen mit J. Weiss so ausdrücken, dass man sagt: Nach einmal abgelaufener Gleichgewichtsstörung in dem Moleculargefüge der Zelle besteht eine Neigung der kleinsten Theile, in dieselbe Gleichgewichtsschwankung wieder zu verfallen: das Aequilibrium ist labiler geworden, indem jetzt auch relativ schwache Reize genügen, um den Vorgang zu veranlassen. Vielleicht ist anzunehmen, dass jener Theil von Erregungsarbeit, der bei der Reizung von dem Elemente selbst in Spannkraft verwandelt wurde, durch eine schwache Erregung ausgelöst wird und sich als lebendige Kraft zu dieser addirt, daher denn jetzt jene Erfolg haben kann.

Die Thatsache des Vergessens, der physiologischen Erinnerungsschwäche, weist darauf hin, dass mit der Zeit dieser Rest von latenter Kraft abhanden kommen könne. Er muss dann zu anderer Arbeit verwendet, etwa in Wärme übergeführt worden sein. Bei sehr flüchtigen und, was nicht unwichtig ist, wenig Interesse erregenden Eindrücken findet diese Ueberführung wahrscheinlich sehr schnell statt. Man darf im Hinblick darauf vielleicht annehmen, dass von der Summe lebendiger Kraft, welche die Gefühlserregung eines Eindruckes und anderer psychischer Vorgänge kostet, ein, jedesmal der Stärke der Gefühlserregung selbst proportionaler, Antheil lebendiger Arbeit, der den Eindruck u. s. w. selbst vermittelnden Zellengruppe zu Gute kommt und von derselben in Spannkraft verwandelt, aufgespeichert wird. Ist der Antheil gross, so wird auf lange Zeit hin Disposition zur Wiederkehr des nämlichen Erregungsvorgangs be-

stehen, ist er klein, so ist wohl das umgekehrte der Fall, indem die latente Kraft schon bald abhanden kommt.

Während die Erregungsarbeit (die Summe der bei der Reizung frei werdenden Kräfte) solcher Zellen, die mit motorischen Endorganen leitend verbunden sind, zur Auslösung von Spannkräften in den Muskeln verwendet, verausgabt wird und für den Organismus verloren geht, ist die Erregungsarbeit sensorischer Zellen im Stande, auf andere leitend mit ihnen verknüpfte Elemente verschiedene Wirkungen auszuüben. Am einfachsten sind diese Verhältnisse bei dem Uebergreifen der Erregung Empfindung vermittelnder Elemente auf motorische und auf andere sensorische Zellen: Die Erscheinungen der Bewegung und der Mitempfindung haben wir aufzufassen als Beweise dafür, dass lebendige Kräfte, die von sensorischen Elementen geliefert wurden, auslösend wirkten auf Spannkräfte, die in andern analogen Gebilden aufgehäuft waren. Auch den Processen der Gefühlserregung, der Wahrnehmung müssen solche Vorgänge zu Grunde liegen, da diese complicirteren Functionen unmöglich von den nur zu den elementarsten Leistungen befähigten sensorischen Zellen herrühren können. Da nun in den, Gefühle und Wahrnehmungen vermittelnden, Elementencomplexen auch wieder Erregungsarbeit geliefert wird, so können in anderen Zellengruppen vorhandene Spannkräfte wiederum durch diese auf (centralen) Leitungsbahnen bei ihnen anlangende lebendige Arbeit ausgelöst werden. So hätten wir uns das Fortwirken einer von der Sinnlichkeit abstammenden Kraftgrösse über viele leitend verbundene Elemente zu denken, wobei der Reihe nach Empfindungen, Gefühle, Wahrnehmungen und noch viel complicirtere Bewusstseinszustände entstehen. Hatten wir oben gesagt, dass jedes Element von vorn herein der ankommenden Erregung einen gewissen Widerstand entgegensetzt, dass aber dieser Widerstand erst durch einmaligen und noch mehr durch wiederholten Ablauf der Erregung abnimmt und dass eine Disposition zur Wiederkehr des nämlichen Molecularvorganges durch die Erregung selbst begründet wird, so begreifen wir jetzt den anfangs unbedeutenden, mit der stetigen Anregung von Seiten der Sinnlichkeit immer mehr wachsenden Effect der äussern Eindrücke bei sich geistig entwickelnden Organismen. Die Hauptsache dabei ist, dass, wie jedes Element, so auch jede zu complexen Verrichtungen befähigte Gruppe von Ganglienzellen mit der Functionirung zugleich die Anlage zum abermaligen Ablauf des gleichen verbreiteten Erregungsvorganges erwirbt, weil wahrscheinlich in sämmtlichen betheiligt gewesenen Elementen ein Theil der Erregungsarbeit latent wurde und als Spannkraft erhalten blieb, welche bei neuer Reizung

zur Betreibung gleichartiger Molecularbewegung in der ganzen Zellengruppe verwendet werden kann. Die Elemente und Elementencomplexe, welche in dieser Weise auf ihnen eigenthümliche Leistungen „eingeübt“ sind, können nun von verschiedenen Reizen in Erregung versetzt werden. Einmal durch diejenigen, welche in trophischen und respiratorischen Vorgängen der Zellen selbst gegeben sind. Unter normalen Verhältnissen findet dieses nur beim Einschlafen und vor dem Erwachen statt, wenn Eindrücke und Vorstellungscomplexe des Traumes bewusst werden. Die Schwäche und Undeutlichkeit derselben lässt sich begreifen, wenn man annimmt, dass hierbei nur jenes Quantum Spannkraft zur Auslösung gelangt, welches bei der letzten Erregung des Elementes, bezw. der Zellengruppe latent wurde. Zweitens werden die Zellen, die auf gewisse Leistungen bereits eingeübt sind, von Reizen erregt, die auf Leitungsbahnen anlangen. Diese Bahnen haben verschiedenen Ursprung, treten in verschiedenen Richtungen als Fortsätze in die Elemente ein und der differente Erfolg verschiedener Reizungen in Hinsicht auf die Stärke der Erregung mag von der Richtung, auf welcher sie anlangt, abhängen. Dies wird wahrscheinlich, wenn man in Erwägung zieht, dass Erinnerungen matter sind als Wahrnehmungen. Man kann annehmen, dass, wenn ein Reiz, der auf demselben Wege anlangt, wie jener, der zuerst das Element früher in Erregung versetzte und dadurch eine Disposition zur Wiederkehr dieses Erregungsvorganges begründete (indem ein Theil der lebendigen Kraft in Spannkraft überging) eine starke Entwickelung lebendiger Arbeit in der Zelle veranlasst, weil sich Erregungsarbeit und ausgelöste Spannkraft addiren. So hätte man sich die Schärfe eines zweiten Eindruckes begründet zu denken. Wenn aber ein Reiz in anderer Richtung ankommt, z. B. von einem andern Elemente oder einer Gruppe von solchen, so tritt zwar auch Erregung ein, diese ist aber schwächer, vielleicht desshalb, weil die Zelle dem auf anderem Wege eintreffenden Reize Widerstand entgegensetzt und die Erregung nur eben noch die latente Arbeit auszulösen stark genug ist. Hier fände also keine Addition statt, sondern nur eine Wirkung der von früherer Erregung restirenden Kraft. Vielleicht erklärt sich so die Mattigkeit der Erinnerungsbilder und der aus Bestandtheilen von solchen zusammengesetzten Phantasievorstellungen, die ja beide auf „associativem Wege“ zu Stande kommen. Speciell würde im Hinblick darauf, dass Erinnerungen von Gesichts-, Gehörs- und Tastvorstellungen sehr leicht und ziemlich scharf, Geruchs- und Geschmackseindrücke und ebenso auch sinnliche Gefühle als solche so gut wie gar nicht durch centrale Reizung reproducirt werden kön-

nen — da ja nur die dumpfe Erinnerung des von den letzteren erzeugten Bewusstseinszustandes wiederkehrt — anzunehmen sein, dass die Widerstände in denjenigen Zellengruppen, welche einmal Gesichts-, Gehörs- und Tastwahrnehmungen vermittelt haben, die auf andern Wegen zufliessende Erregung nicht völlig auslöschen, dass dieses aber bei den Elementencomplexen unter normalen Verhältnissen regelmässig stattfindet, deren Erregung Geruchs-, Geschmackseindrücke und sinnliche Gefühle hervorbringt. Hier bedarf es, damit der nämliche Erregungsvorgang in der Zellengruppe ablaufe, immer wieder des auf dem nämlichen Wege ankommenden Reizes, daher denn auch im Sinne des oben Gesagten die wiederkehrende Erregung vollen Effect hat, d. h. die abermalige Geruchs-, Geschmackswahrnehmung die Wiederkehr desselben sinnlichen Gefühls viel schärfer ist als die einfache Erinnerung einer Gesichts-, Gehörs- oder Tastvorstellung. Dass sich unter pathologischen Bedingungen diese Verhältnisse ändern, braucht hier nur erwähnt zu werden (ereth. Halluc.). Bezüglich derjenigen Elementencomplexe, welche zwar auch in Folge sinnlicher Eindrücke, aber nur durch indirecte Wirkung derselben auf die Vermittelung „übersinnlicher" psychischer Processe eingeübt sind, deren Erregung Erkenntnisse einerseits, intellectuelle Gefühle andererseits hervorbringt, müsste entsprechend den Thatsachen der inneren Erfahrung angenommen werden, dass Reize, welche in anderer Richtung als die ersten einübenden Reize auf die Elementengruppe wirken, relativ sehr wenig Widerstand in derselben antreffen; denn eine erinnerte Erkenntniss ist beinahe ebenso scharf als die zuerst vollzogene, welche die Substrate einübte, und die psychischen Gefühle, die sich einem Eindrucke als ästhetische, gemüthliche, moralische anschlossen, können bei der associativen Reproduction jener Eindruckserinnerung genau so stark sein, wie damals.

Ausser den positiven Nutzeffecten, von welchen bisher die Rede war, hat aber die Erregungsarbeit von corticalen Zellen und Zellengruppen auch noch negative Wirkungen: während die functionelle Thätigkeit gewisser Zellen auslösend auf die Spannkräfte anderer wirkt, hemmt sie zugleich die Entwickelung lebendiger Arbeit in wieder anderen Elementengruppen, die gleich den ersteren leitend mit ihnen verbunden sind. Am einfachsten tritt dieser Sachverhalt in der psychologischen Thatsache hervor, dass immer nur eine Vorstellung jeweils im Bewusstsein vorhanden ist. Schon die Wahrnehmungen zweier verschiedener Sinne finden nicht zugleich, sondern nach einander statt; die „Aufmerksamkeit" wendet sich erst dem einen, dann dem andern zu. Beim Nachdenken haben die Sinnesreize

oft keinen Erfolg, analog verhält es sich mit stärkeren psychischen Gefühlen und Jeder ist sich selbst bewusst, dass er Vorstellungen und auch psychische Gefühle bis zu einem gewissen Grade durch willkürliches Denken an etwas anderes beseitigen und noch mehr gewisse Erregungen motorischer Apparate unterdrücken kann. Aus alledem geht zunächst hervor, dass irgendwie, allein in letzter Instanz doch immer durch äussere Eindrücke, veranlasste Molecularbewegung in Ganglienzellengruppen und die durch diese selbst in weiteren Elementencomplexen ausgelöste Arbeit auch hemmend auf die in andern Richtungen gewisse Zellengruppen treffende Erregung wirken müsse. Denn wenn eine gerade „im Blickpunkte“ der Aufmerksamkeit befindliche Vorstellung, ein das Bewusstsein ganz allein ausfüllendes Gefühl, es sei sinnlich oder psychisch, die Apperception aller äusseren Eindrücke hindert, so heisst das doch nichts anderes, als dass dieser Erregungsvorgang während seiner ganzen (allerdings vielleicht momentanen) Dauer alle auf Apperceptionen sinnlicher Eindrücke eingeübten Zellengruppen zwingt, die von aussen zugeführten Erregungen auszulöschen. Hier liegt also eine hemmende Wirkung specifischer Erregungsarbeit auf andere sozusagen dargebotene Reizungen im strengsten Sinne des Wortes vor. Unbedingt ist anzunehmen, dass bei diesen Vorgängen Interferenzen der in verschiedenen Richtungen der Zelle zuwachsenden Reize stattfinden (Wundt) und dass der stärkere den schwächeren aufhebt oder genau genommen nicht zur Wirkung kommen lässt. Dafür nämlich, dass ein Theil der lebendigen Kraft auch von dem schwächeren Reize wenigstens für einige Zeit noch erhalten bleibe, sprechen zahlreiche psychologische Thatsachen, unter welchen die verspäteten Antworten der Denkenden vor allen wichtig sind. Bei diesen und ähnlichen Phänomenen macht sich die Nachwirkung gedämpfter Reize sofort geltend, sobald der hemmende Einfluss anderer Erregungen nur etwas nachgelassen hat.

In den durch Leitungsbahnen verknüpften Zellencomplexen der Hirnrinde findet nun fortwährend ein Widerstreit statt zwischen erregenden, Spannkräfte auslösenden Reizen, die von hier, und hemmenden Reizen, die von dort anlangen. Derjenige Reiz aber, der bei dieser Concurrenz die Oberhand gewinnt, er mag Spannkräfte einer Elementargruppe befreien oder die von anderer Richtung her angestrebte Entwickelung von solchen hindern, ist ausnahmslos kein einfacher, sondern das Product mehrerer Reize, die zusammenwirken: Die „Aufmerksamkeit“ wendet sich ja nur solchen Eindrücken und inneren Apperceptionen zu, die Gefühle erwecken. Es muss hier nothwendig an eine Verstärkung des ersten Reizes durch unmittelbar

erfolgenden Zuwachs eines zweiten angenommen werden. Und dieser zweite Reiz muss ausgehen von solchen Zellengruppen, deren Erregung Gefühle selbst oder Vorstellungen von Zuständen erzeugt, welche durch (künftige) Gefühle herbeigeführt werden könnten.

Die Phänomene der willkürlichen Verrichtungen, auf die wir so geführt werden, also absichtliche Anspannung oder Abwendung der „Aufmerksamkeit" von äusseren Eindrücken, das Besinnen, die willkürliche Unterdrückung von Vorstellungen, die Veranlassung wie die Unterlassung einer im Bewusstsein (als „Vorschlag") auftauchenden Handlung, die absichtliche Fortsetzung und die willkürliche Unterbrechung einer Action — diese Leistungen sind alle auf Wechselwirkungen bestimmter Grössen lebendiger Arbeit zurückzuführen, die bestimmten Zellengruppen von mehreren anderen derartigen Elementencomplexen auf Leitungsbahnen zueilend entweder sich summiren oder in der gleichen Richtnug zusammenstossend eine die andere latent machen.

§ 199. Versuchen wir nach diesen einleitenden Betrachtungen nunmehr die Wirkungsweise jener Einflüsse auf die Grosshirnrinde, welche die Erfahrung als Ursachen der Psychosen kennen lehrte, auszumitteln, so haben wir uns von vorn herein an den Gedanken zu gewöhnen, dass hierbei erhebliche Resultate nicht zu erwarten sind. Eine allgemeine Pathogenese dieser Störungen ist mit Hülfe unserer derzeitigen Kenntnisse und der Schlüsse, die sie zulassen, noch nicht zu geben.

Selbstverständlich werden wir vom pathologisch-physiologischen Standpunkte aus jene lediglich empirische Unterscheidung somatischer und psychischer Ursachen von Seelenstörungen fallen lassen. Denn auch die letzteren wirken alterirend auf die Stoffbewegung in den Ganglienzellen und bedingen dadurch Abänderungen in der Kräfteentwickelung. Es gibt in Wahrheit also nur somatische Ursachen des Irreseins.

Der leichteren Orientirung wegen können die Einflüsse, welche Störungen der Lebensvorgänge in der Corticalis hervorbringen, eingetheilt werden in solche, die von den Leitungsbahnen, mit denen die Zelle in Verbindung steht, ausgehen, in solche, die von Veränderungen der Körpertemperatur, der Circulationsvorgänge im weitesten Sinne, endlich von Schwankungen des auf der Hirnrinde lastenden Druckes herrühren. Es wird sich wiederholt zeigen, dass dieser Classification in mehrfacher Hinsicht der Fehler mangelhafter Präcision anhaftet. Sie mag auch nur der bequemeren Uebersicht wegen geduldet werden.

Die empirische Betrachtung der ätiologischen Momente psychischer Störung führte zu der Unterscheidung zwischen prädisponirenden und veranlassenden Ursachen. Sie nimmt eine allgemeine und eine individuelle Prädisposition zum Irresein an, welch' letztere wir früher als einen abnormen Zustand der Centralorgane bezeichnet haben. Dieser Zustand, sagten wir, sei der Einwirkung accidenteller Schädlichkeiten günstig. Es erhebt sich also, bevor überhaupt der Versuch gemacht wird, die Wirkungsweise accidenteller Ursachen zu analysiren, die Frage, welche Unterschiede obwalten in der centralen Organisation nicht prädisponirter Individuen und solcher, die mit besonderer Anlage zum Irresein behaftet sind?

Diese Frage wurde wiederholt schon gestellt und man hat versucht, der Beantwortung derselben in verschiedenen Richtungen nahe zu kommen. Wenn Stahl[1]), gestützt auf seine bekannten und ausgezeichneten kranioskopischen Studien zu dem Resultate gelangte, dass gewisse Schädelformen organische Anlagen zum Irresein ausmachen, dass specieller überall da Disposition zu Seelenstörung angenommen werden dürfe, wo die Schädelgestaltung eine Beengung des Gehirnraumes andeutet und dass die Makrocephalie den gleichen Schluss gestatte, sofern bei ihr der Typus des in der Kindheit abgelaufenen Hydrocephalus nachweisbar sei, so ist damit nur ein allgemeiner Umriss von dem Wesen der Disposition gegeben. Meynert hebt neuerdings hervor, dass sich die Dispositionen hypothetisch in mancherlei Verhältnisse kleiden lassen, die einem Organismus eigen sind, dass aber zu hoffen sei, es werde vieles davon noch greifbar werden; er deutet an, dass vielleicht schon Disharmonien zwischen der Grösse des Herzens, der Entwickelung, specieller der Capacität des Gefässsystems und dem Volum des Gehirns organische Grundlagen der Disposition bilden könnten. Weiter betont Meynert, dass Schwielen in der Marksubstanz des Grosshirns speciell um das Hinterhorn herum[2]), als Residuen abgelaufener Hydrocephalien, palpabele Veränderungen ausmachen, die jedenfalls von Ein-

1) Stahl, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XVI. S. 1. u. Bd. XVII. S. 555. — Meynert, Skizzen üb. d. Umfang u. d. wissensch. Anordnung d. klin. Psych. Wien 1870. S. 12. — Schüle a. a. O. — Arndt a. a. O. — Jensen, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. V. S. 586 ff.

2) Sie fallen zusammen mit offener oder verwachsener Verlängerung des Hinterhorns der Seitenkammer, auffallender Härte des Hinterlappenmarkes, die gegen die Weichheit des übrigen Markes beträchtlich absticht; am Schädel entspricht der Veränderung eine ausgeprägte nach der Hinterhauptsschuppe zu abfallende Stufe in der Lambdanaht und Schaltknochenbildung in der letzteren.

fluss sind auf die Gefässinnervation des Grosshirns und dessen Erregbarkeitsverhältnisse. Dass bei den pathologischen Zuständen, welche der individuellen Prädisposition zu Grunde liegen, speciell auf die Beschaffenheit und Leistungsfähigkeit des Gefässsystems grosses Gewicht falle, deutete schon die Entdeckung Wolff's an, dass der Pulsus tardus charakteristisch für neuropathische Individuen sei. Schüle ist der Ueberzeugung, dass individuelle Vulnerabilität der Gefässwände ein wichtiges prädisponirendes Moment für progressive Paralyse bilde, und die Disposition zu Psychosen überhaupt betreffend betont soeben noch Arndt die mangelhafte Entwickelung der Gefässe bei solchen, die später in Alienation verfallen: Schwäche, Widerstandslosigkeit, Hinfälligkeit der Wände gehen nach ihm aus jener Evolutionshemmung hervor, die oft mit mangelhafter Blutbereitung zusammenfällt. Was nun die Frage nach der erworbenen Prädisposition anlangt, so liegt auf der Hand, dass auch sie zum Theil wenigstens auf erworbener Defectuosität der Hirngefässe beruhen kann. Schon das hohe Alter bringt ja die letztere mit sich und die Anlage zum Irresein in dieser Lebensperiode könnte in diesem Sinne als Mittelglied zwischen allgemeiner und individueller Prädisposition betrachtet werden. Weiterhin ist an die Disposition zu Seelenstörung zu erinnern, welche erworben wird durch Kopfverletzungen, lokale Erhitzung des Schädels, fieberhafte Krankheiten, Anämie und Chlorose, Alkoholmissbrauch, sexuelle Excesse und andere Schädlichkeiten, welche gleich diesen sicher oder sehr wahrscheinlich zuerst auf die Hirngefässe einwirken.

Diese Thatsachen und Schlüsse aus Beobachtungen berühren aber doch nur entferntere Ursachen der individuellen Prädisposition. Die nächsten Ursachen derselben sind unbekannt, und alles was über dieselben ausgesagt werden kann, ist Hypothese. Auch aus dem oben (§ 190) erwähnten Befunde von Arndt, dass bei neuropathisch disponirten Individuen histologische Veränderungen in den Ganglienzellen selbst bestehen, die auf eine Entwickelungsanomalie derselben hinweisen, kann noch kein Schluss bezüglich der letzten Gründe der Prädisposition gezogen werden, obwohl allerdings die Erkenntniss, dass bei individuell zu Psychosen Veranlagten regelmässig diese Veränderungen sich finden, ein weiterer und wichtiger Schritt zur Lösung der uns beschäftigenden Frage geschehen sein würde.

Gestützt auf die Erfahrungen über die Folgen individueller Prädisposition kann man nun vielleicht annehmen, dass bei Individuen, die mit einer besondern Anlage zu Psychosen behaftet sind, die Widerstände in den Ganglienzellen (bezw. Complexen von solchen) durch

welche anlangende Reize ausgelöscht oder doch abgeschwächt werden, im Ganzen andere sind, als bei normalen Individuen. J. Weiss nimmt für die (erbliche) Disposition eine grössere Labilität des Moleculargefüges der Ganglienzellen an. Jedenfalls ist aber auch das Umgekehrte der Fall. Manche Reize haben gewaltige weittragende Effecte, hier liegt vermindertes Hemmungsvermögen vor. Andere wieder und sogar dieselben Reize zu andern Zeiten sprechen gar nicht an; dies würde wieder für gesteigerte Hemmungen sprechen.

§ 200. Der Einfluss von Leitungsbahnen auf die Ganglienzellen ist ein zweifacher: entweder werden denselben auf diesen Wegen abnorm starke bezw. zu lange anhaltende Reize zugeführt, oder die Zufuhr solcher Erregungen ist beschränkt bis zur völligen Einstellung. Da die Leitungsbahnen, welche den Elementen Reize übermitteln, entweder von der Peripherie oder von andern Zellen herkommen, so unterscheiden wir peripherische und centrale Reize, durch deren erheblichere Abänderungen Störung der psychischen Vorgänge veranlasst wird.

Was zunächst die peripherische Reizung anlangt, so ist bekannt und oben erwähnt worden, dass ganz schwache Reize das Element nicht erregen — sie steigern nur die Irritabilität desselben — dass erst bei einer gewissen Reizgrösse Empfindung zu Stande kommt, bei wachsendem oder a priori heftigem Reize Gefühle (der Unlust, Schmerz u. s. w. oder auch der Lust) und Mitempfindungen auftreten. Diese „Irradiationserscheinungen“ erklärt man sich mit der Annahme, dass die Erregung von den zunächst betroffenen Elementen auf andere benachbarte übergreift. Jene wirken dann als Uebertrager einer von der Peripherie stammenden Erregung, welche sie selbst nicht hinreichend in latente Arbeit überzuführen vermochten. In den secundär afficirten Ganglienzellen muss natürlich ebenfalls das Vermögen, ankommende Erregung auszulöschen, d. h. der innere Widerstand ihres Moleculargefüges abgenommen haben. Da nun weiterhin bei jeder peripherischen Reizung, und zwar deutlich nachweisbar nur bei längerer Dauer und einer gewissen Heftigkeit derselben, andere peripherische Eindrücke schwach oder gar nicht appercipirt werden und die psychischen Processe selbst an Lebendigkeit verlieren, ja bei den stärksten Reizungen die Aufmerksamkeit von diesen allein in Anspruch genommen, „das ganze Ich afficirt wird“, so liegt auf der Hand, dass jene Erregung einer Elementengruppe hemmend einwirkt auf die Erregbarkeit sehr vieler unter Umständen aller übrigen Zellencomplexe.

Unter pathologischen Verhältnissen sehen wir bei peripherischen Reizungen Symptome auftreten, welche dafür sprechen, dass die auf centripetalen Bahnen anlangende Erregung unverhältnissmässig starke und weit ausgebreitete Wirkungen hervorbringt; dies kann nur darauf beruhen, dass die inneren Widerstände in gewissen leitend mit den sensorischen Elementen verbundenen Zellencomplexen geringer sind, als der Norm entspricht. Als Zeichen derartiger ganz abnormer Irradiationen haben wir die psychischen Zwangsgefühle, Seelenschmerz, Angst, dann viele functionelle und Reflexhallucinationen, weiterhin gewisse Zwangsvorstellungen und Impulse zu unmotivirten Handlungen anzusehen, welche sämmtlich gelegentlich peripherischer Schmerzen oder unangenehmer Sensationen sich einstellen.

Andererseits vermögen aber die nämlichen Einflüsse ungewöhnliche Hemmungen der Anspruchsfähigkeit centraler Elementencomplexe herbeizuführen. Es gehören hierher die völlige Aufhebung der Apperception äusserer Eindrücke, die complete psychische Apathie, die Stockung des Vorstellungsverlaufes bei noch relativ schwachen, die Bewusstlosigkeit bei stärkeren peripherischen Reizen.

Bei jenen eigenthümlichen Symptomencomplexen endlich, welche als Reflexpsychosen bezeichnet, auch unter den Begriff des sympathischen Irreseins gestellt werden, wie das Delirium nach Nervenverletzungen, die neuralgischen Dysphrenien, weiterhin die psychopathischen Erscheinungen, welche bei Wurmreiz, bei imitativen Zuständen der Genitalien, bei juckenden Hautaffectionen auftreten, bei diesen Symptomencomplexen gehen offenbar abnorme Erregungen gewisser Zellengruppen und abnorme Hemmungen anderer neben einander vor sich.

Als centrale Reizungen bezeichneten wir oben diejenigen Erregungen, welche den Rindenelementen von andern corticalen Zellen her auf Leitungsbahnen zugeführt werden. Natürlich handelt es sich bei den Irradiations- und Hemmungsvorgängen, welche die peripherische Reizung hervorbringt, um formell analoge Processe. Aber es wirken doch die zuerst von der Irritation betroffenen sensorischen Zellen nur als Uebertrager einer ihnen zugeführten lebendigen Kraft, welche sie selbst nicht zu bewältigen vermögen. Bei den in Rede stehenden Erregungen handelt es sich um etwas anderes. Obwohl der erste Anstoss zum Ablaufe des Vorganges in der Regel ebenfalls von der Peripherie, von Sinneseindrücken herrührt — die eigentlichen Reizmomente bilden erst die Kräfte, welche durch diesen Anstoss in gewissen, auf eigenthümliche Functionen eingeübten Zellengruppen ausgelöst wurden. Die Wirkungen dieser Kräfte sind Vorstellungen

und die mit ihnen verknüpften (intellectuellen) Gefühle. Auch bei diesen centralen Erregungsvorgängen lassen sich noch der Hauptsache nach functionsbethätigende und vorzugsweise hemmende Einflüsse unterscheiden.

Wenn ein Sinneseindruck irgend welche eventuell auch nur dunkele Erinnerungs- oder Phantasievorstellung u. s. w. erweckt, die mit lebhaften Gefühlen betont sind, so kann die Erregungsarbeit derjenigen Elementencomplexe, welche diese Vorstellungen und die begleitenden Gefühle vermitteln, auf andere Zellengruppen sich verbreiten und in diesen vorhandene Spannkräfte auslösen. So gewiss derartige fortschreitende Erregungen normal und für den harmonischen Ablauf der psychischen Processe nothwendig sind, ein gewisses Maass in der Verbreitung müssen sie nothwendig einhalten. Dass unter pathologischen Verhältnissen dieses Maass überschritten werde, beweisen die Phänomene der phantastischen Illusion, der erethischen Hallucination, der Excentricität und Ideenflucht, die Phänomene der impulsiven Actionen, der Pantophobie u. s. w. Bei allen diesen Vorgängen muss die Erregbarkeit solcher Zellencomplexe zugenommen haben, welche unter normalen Verhältnissen von gewissen aus Eindrücken hervorgehenden Vorstellungen und Gefühlen nicht erregt werden. Die inneren, Reize dämpfenden bezw. auslöschenden Widerstände müssen in denselben abgenommen haben, so dass von andern Elementen her anlangende Erregungsarbeit die vorhandenen Spannkräfte in lebendige umwandeln kann. Vergegenwärtigt man sich den Hergang jener erwähnten Bewusstseinsprocesse der phantastischen Illusion u. s. w., so tritt sogleich mit Bestimmtheit der Einfluss psychischer Gefühle hervor. Diese, sie mögen wirklich vorhanden oder nur in der Vorstellung anticipirt sein (Erwartung!), kommen doch auch durch Erregung gewisser Zellengruppen zu Stande; es muss daher angenommen werden, dass ein Theil dieser Erregungsarbeit zur Verringerung der Widerstände in andern Zellencomplexen verwendet wird. Wir sagten oben, dass schwache Reize eine Zelle vorerst nur irritabeler machen, ihre Anspruchsfähigkeit steigern und bei wiederholter Einwirkung auch Erregung derselben durchsetzen können. So erklärt es sich vielleicht, dass Gefühle der phantastischen Illusion, noch mehr der erethischen Hallucination, dann der excentrischen Ideenverknüpfung, der Verworrenheit und dem Ablaufe impulsiver Actionen vorarbeiten. Je leichter nun auf irgend welche von aussen zugeführte Eindrücke oder auf innere Apperceptionen (Erinnerungen und Vorstellungsreihen) hin jene Erregungen von Zellengruppen zu Stande kommen, welche für das Bewusstsein

psychischen Gefühlen gleichwerthig sind, je mehr also jene Zustände ausgebildet sind, die wir symptomatisch psychische Hyperalgie und psychische Hyperhedonie nannten, desto grösser wird auch der Zuwachs an lebendiger eben von Gefühlserregung abstammender Kraft sein müssen. Mit dieser Voraussetzung würde man die ganz ungewöhnlichen Effecte depressiver wie erhebender Eindrücke, Erinnerungen, Phantasievorstellungen annähernd begreifen, welche phänomenologisch als phantastische Illusion und erethische Hallucination u. s. w. bezeichnet werden.

Fast noch wichtiger ist die Hemmung der Erregbarkeit von Zellencomplexen durch centrale Reize. Auch hier erweisen sich die psychischen Gefühle als die mächtigsten Factoren sowohl innerhalb des normalen als auch des gestörten Seelenlebens. Es braucht nur an die Wirkungen der Angst, Verlegenheit, Erwartung, an die Effecte, die der — von lebhaften Gefühlen betriebene — energische Denkprocess ausübt, erinnert zu werden: die Apperception äusserer Eindrücke (beim Denken), die Perception selbst schmerzhafter Reize (z. B. bei Angst), die Reproduction geläufiger Vorstellungen (bei Verlegenheit) u. s. w. sind völlig unterdrückt. Ein heftiger Schreck, auch der „freudige", bewirkt für den Augenblick vollständige Stockung des Vorstellungsverlaufes, ja er kann Bewusstlosigkeit herbeiführen. Wie bei leichterer trauriger Verstimmung im Ganzen die psychischen Processe träge und matt verlaufen, so bringt der heftigste Grad des Seelenschmerzes, im gleichen auch excessive psychische Lust jenen Zustand hervor, der als Stupor aus centraler Reizung im Gegensatze zum Stupor aus Lähmung (Newington) bezeichnet wird. Wir müssen annehmen, dass bei allen diesen Vorgängen die Erregungsarbeit gewisser Zellencomplexe dazu verwendet wird, die inneren Widerstände in anderen kleineren oder grösseren Elementengruppen zu erhöhen, ja die Erscheinungen der Melancholia attonita und der heiteren Ekstase weisen darauf hin, dass dieser hemmende Einfluss centraler Reizung sicherlich auf die Mehrzahl der Sechshundert Millionen von Rindenelementen sich erstrecken könne; denn es wird wahrscheinlich bei der Erregung jener Gefühle und der wenigen übrigen bei Mel. atton. und Ekstase stattfindenden Bewusstseinsvorgänge — der schreckhaften oder glänzenden Phantasmen — nur ein relativ kleiner Theil jener Unzahl von Zellen betheiligt sein.

Einmalige starke oder wiederholte schwächere centrale Reizung bewirkt, wie in der allgemeinen Aetiologie (§ 183) betont wurde, erfahrungsgemäss nicht selten ausgesprochene Seelenstörung von längerer oder kürzerer Dauer. Auch hierbei fällt das Hauptgewicht

auf die Erregung psychischer Gefühle. Speciell sind Unlustgefühle ungleich mehr befähigt, solche Wirkungen hervorzubringen, als die psychische Lust. Hält man nun die ätiologischen Momente des Schreckens, der Angst, des Kummers u. s. w. zusammen mit den Formen psychischer Störung, welche sie bewirken, so bieten sich der pathologischen Erklärung derartiger Vorgänge erhebliche Schwierigkeiten desshalb dar, weil verschiedenartige Psychosen, Melancholie, Manie, Verwirrtheit, Zustände von Stupor, Blödsinn veranlasst werden können durch jene psychischen Schädlichkeiten. Der Versuch, den Zusammenhang von Ursache und Wirkung auszumitteln, kann offenbar nur im concreten Falle selbst d. h. in der Praxis, in der Klinik oder in der speciellen Pathologie der Psychosen gemacht werden, wenn die Pathogenese der betreffenden Irreseinsform bezw. des Einzelfalles entwickelt wird. Vom allgemein pathologischen Standpunkte aus lässt sich nur aussagen, dass der psychische Shok und die wiederholte centrale Reizung vermöge der lebendigen Kräfte, die bei heftigen Gefühlserregungen frei werden, für längere Zeit hinaus einmal vorzugsweise steigernd, das andere Mal der Hauptsache nach hemmend auf die Erregbarkeit grosser Massen von Rindenzellen einwirken könne, und weiterhin, dass zumal der erstere Einfluss, der Shok nämlich, in irgend einer Weise die Lebensfähigkeit zahlreicher Elemente der Corticalis auch zu vernichten im Stande sei (Blödsinn nach heftigem Schreck). Das sonderbare Phänomen der psychischen Contagion, welches ebenfalls hierher gehört, ist pathologisch-physiologisch nicht genügend zu erklären.

Peripherische und centrale Reize wirken nun zum Theil nicht allein auf Rindenelemente, sondern zugleich auf die Circulationsverhältnisse in der Pia und vielleicht auch auf den Kreislauf in der Corticalis ändernd ein. Von peripherischer schmerzhafter Irritation ist es bekannt, dass sie Verengerung der Piagefässe herbeiführt (Nothnagel, Schüller), den Hirndruck durch Druckvermehrung in den Arterien steigert (Jolly). Dass centrale, wiewohl von peripherischen Eindrücken veranlasste, heftige Reize eine analoge Wirkung haben, ist nach den Erfahrungen über die Effecte des Schrecks wahrscheinlich. Dauernde peripherische und centrale Erregungen können ja ebenfalls die Circulation in den Centralorganen beeinflussen. Wird schon dadurch die ganze Frage nach der Wirkungsweise dieser Schädlichkeiten complicirter, so kommt noch hinzu, dass Schlaflosigkeit sowohl von vorübergehenden als von andauernden peripherischen und centralen Erregungen verursacht, also jene oben erwähnte Erholung der Ganglienzellen durch Aufsammlung von Spannkräften verhindert

wird. Auch die Piagefässe, welche sich doch im Schlafe verengern sollen und wahrscheinlich auch durch denselben eine Auffrischung ihrer Functionstüchtigkeit erfahren, werden unter dem Schlafmangel mit leiden, vielleicht in der Weise, dass sie an Fähigkeit sich zu verengern verlieren und für längere Zeit weit und schlaff bleiben. Endlich wird auch durch andauernde peripherische und centrale Reizungen die Gesammternährung gestört, Anämie herbeigeführt, an welcher gleichzeitig vorhandene Agrypnie, Mangel an Appetit u. s. w. wesentlich mit Schuld sind, und diese Anomalie des Blutes kann wieder schädlich auf die Ernährungs- und Respirationsvorgänge in den Zellen der Hirnrinde einwirken.

Nun wissen wir ausserdem, dass peripherische und centrale Reize besonders leicht bei psychopathisch Prädisponirten Störung der seelischen Lebensäusserungen herbeiführen; solche Individuen sind, wie oben angedeutet wurde, oft mit functionellen oder auch anatomischen Störungen des Gefässapparates behaftet, zudem besteht nicht selten bei Prädisponirten eine constitutionelle Anämie.

Es ergibt sich demnach, dass die Wirkungen der von Leitungsbahnen herstammenden krankhaften Reize, welche die Ganglienzellen treffen, äusserst complicirte sind. Ein näheres Verständniss des Mechanismus und Chemismus der so angerichteten Störungen in den Rindenelementen ist uns vor der Hand versagt. Auch über die pathologisch anatomischen und histologischen Befunde (die übrigens für die Reflexpsychosen noch fehlen) lässt sich nichts bestimmtes aussagen, es ist daher keine Rede davon, die Symptome dieser Rindenstörungen in rationelle Beziehung zu setzen mit objectiv erkenntlichen Veränderungen massgebender histologischer Gebilde.

Der Ausfall gewisser peripherischer Reize in Folge angeborener oder erworbener Defecte und Läsionen der Aufnahms- und Leitungsapparate wirkt zum Theil hemmend auf die geistige Entwickelung, störend auf die psychischen Processe nach schon erlangter Reife. Pathologisch physiologisch sind diese Wirkungen, zu deren Resultaten vor allen die Taubstummheit und der Zustand der schwerhörig Gewordenen gehören, nicht zu analysiren. Höchstens könnte man darauf hinweisen, dass der Gesichtssinn bei Gehörsdefecten nicht in dem Maasse vicariirend wirkt, wie dieser letztere im Vereine mit dem Tastsinn bei Blinden, deren psychischer Zustand kaum krankhaft zu nennen ist. Auch bei andern Defecten, welche Ausfall peripherischer Reize mit sich bringen, z. B. bei der Castration, liegen sehr complicirte Verhältnisse vor. Die Rückwirkungen auf die Centralorgane lassen sich pathologisch-physiologisch

nicht näher bestimmen. Erwähnen müssen wir hier noch, dass Arndt[1]) annimmt, es könne verbreitete Anästhesie der Tastnerven Stupor herbeiführen, allerdings nur, wenn auch das Grosshirn erkrankt ist.

Ausfall gewisser centraler Reize ist ein wichtiger Factor in der Pathogenese der psychischen Entwickelungshemmungen und der Entartungen. Bei den ersteren ist die Verarbeitung der Eindrücke zu Vorstellungen höherer Ordnung defect, bei den letzteren fehlt zumal die Erregung gewisser normaler psychischer Gefühle. Wesentliche Momente bilden diese Defecte weiterhin in der Pathogenese der psychischen Schwächezustände.

§ 201. Von erheblichem Einfluss auf den Ablauf der Erregungsvorgänge in der Rindenorganisation ist die Temperatur des Körpers. Schwankungen derselben nach oben und nach unten, sofern sie eine gewisse mittlere Breite überschreiten, bringen Störungen der psychischen Processe hervor. Es liegt in der Natur der Sache, dass man die Wirkungen der Temperatursteigerung genauer kennt als diejenigen der verminderten Eigenwärme; jene werden ungleich häufiger beobachtet und über die febrilen Centralstörungen lässt sich, weil eben die Ursache relativ einfach ist, theoretisch auch etwas mehr aussagen als über andere psychopathische Symptomencomplexe.

Die ehedem allgemein verbreitete Ansicht, dass der fieberhafte Process Hirnhyperämie veranlasse, wird heute als nicht genügend gerechtfertigt erachtet; nach der herrschenden Theorie fällt beim Zustandekommen der febrilen Gehirnstörungen vor allem die Ueberheizung der Centralorgane ins Gewicht, welche Steigerung des Stoffwechsels zumal vermehrte Verbrennung stickstoffhaltiger Körper verursacht. Dieser Vorgang ist ausgedrückt in dem fettigen Zerfalle des Protoplasma der Rindenzellen, in der Verfettung der Capillaren, die wesentliche Befunde nach hochfieberhaften Krankheiten bilden. Nach Wundt hätte man sich den Einfluss erhöhter Temperatur auf die Centralapparate so vorzustellen, dass die Stoffbewegung und desshalb auch die Kraftentwickelung speciell in den Ganglienzellen gesteigert sei, indem bei vermehrter Eigenwärme jene Spaltungsprocesse beschleunigt werden, aus denen die krafterzeugenden Nervenstoffe hervorgehen und dass diese Stoffe rascher consumirt werden als bei normaler Temperatur. An der Hand dieser Theorie würde sich begreifen lassen, dass beim fieberhaften Processe die Erregbarkeit

1) Arndt, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. S. 28.

der centralen Elemente wächst und die Kraftentladungen derselben nur kurze Zeit dauern, wie aus den experimentellen Beobachtungen hervorgeht (Wundt) und manche klinische Thatsachen andeuten. Man kann in dieser Beziehung die Hyperästhesie, namentlich die Empfindlichkeit gegen Licht und Schallreize anführen, dann die Unruhe und Agitation der Fiebernden, welche für gesteigerte Erregbarkeit sensorischer Zellen bei Einwirkung gewöhnlicher äusserer Reize und für Zunahme der Irritabilität in motorischen Elementen sprechen, in Folge welcher sensibele und psychische Reize ungemein leicht kurzdauernde Actionen auslösen. Auch die Störungen der Apperception, welche die Illusionen darstellen, die Ideenflucht weisen auf gesteigerte Erregbarkeit centraler Elemente hin. Sie beruhen auf Irradiationen peripherischer und centraler Reize über grössere Gruppen sensorischer und Vorstellungen vermittelnder Zellen; in diesen muss die erhöhte Temperatur die Widerstände vermindert haben, welche ankommende Erregungen auslöschen. Die Thatsache der Ideenflucht spricht noch dafür, dass die Erregung, kurz gesagt, intellectueller Zellencomplexe, wie sie hier mit Geschwindigkeit abläuft nach andern Richtungen hin, d. h. auf analoge Zellengruppen kurzdauernde Reize entsendet, welche eine aufflackernde Explosion der dort vorhandenen Spannkräfte bewirkt. Es liesse sich so wenigstens einigermassen der bunte Wechsel und die nicht genügend scharfe Apperception der einzelnen Vorstellungen und Gedanken bei Fiebernden begreifen. Die febrilen Hallucinationen, soweit solche vorkommen und soweit es sich dabei nicht um phantastische Apperception subjectiver Empfindungen handelt, können einmal Aeusserungen spontaner auf rascher Zersetzung specifischer Zellensubstanzen beruhender Erregungen, dann aber auch die Effecte centraler Reize sein, die desshalb grösser ausfallen, weil in den Rindenelementen überhaupt eine gesteigerte Erregbarkeit besteht. Im ersten Falle hätte man eine nutritive Irritation, im zweiten eine auf Leitungsbahnen anlangende Erregung solcher Zellencomplexe anzunehmen, die für gewöhnlich nur Phantasievorstellungen, unter diesen abgeänderten Lebensbedingungen aber Phantasmen vermitteln. Die centralen Reize selbst, welche diesen Elementengruppen auf den Leitungsbahnen zufliessen, würden herstammen von andern Zellencomplexen, die Vorstellungen und psychischen Gefühlen als Substrate dienen. Auch in diesen Elementengruppen ist die Erregbarkeit gesteigert, so dass Eindrücke inclusive subjectiver Empfindungen weittragende Effecte erzielen können: es associiren sich z. B. mit Wahrnehmungen und peripherischen Sensationen Angstgefühle und dieser Erregungsvorgang irritirt wieder die Elemente

centraler Sinnesflächen u. s. w. Dem gewaltigen Verbrauche an Spannkräften folgt aber, wenn die Temperatursteigerung länger auf der gleichen Höhe bleibt, ein Zustand von Erschöpfung in den Rindenelementen nach, während dessen keinerlei Kraftentwickelung stattfinden kann, weil offenbar bei dauernd sehr erhöhter Eigenwärme die Bildung krafterzeugender Stoffe in den Zellkörpern nicht mehr vor sich geht. Dass auch der erwärmte peripherische Nerv in einem solchen Zustand von Erschöpfung, der sich durch Unerregbarkeit zu erkennen gibt, verfallen könne, hat Wundt gezeigt. In den einzelnen Elementen der Hirnrinde muss wohl dieser Zustand nicht zu gleicher Zeit eintreten; am frühesten scheinen ihm diejenigen Elemente zu verfallen, welche bei dem Zustandekommen der höchsten psychischen Leistungen betheiligt sind; denn zu den übrigen Störungen der Seelenvorgänge gesellen sich bald Delirien, falsche und als solche nicht erkannte Vorstellungen. Sie würden nicht zu Stande kommen können, wenn nicht gewisse bei normalen intellectuellen Vorgängen mitwirkende Elemente, bezw. Complexe von solchen ihre Thätigkeit eingestellt hätten. Bei längerer Dauer hohen Fiebers und zumal bei noch ansteigender Temperatur mehren sich die Ausfallserscheinungen: Die Apperception von Sinnesreizen wird matt, hört endlich auf, der Vorstellungsverlauf wird träge und stockend, endlich kommt es zum Koma; jetzt sind die disponibeln Spannkräfte in den Zellen, vielleicht auch in den Leitungsbahnen verbraucht, der Bewusstseinsapparat ist unthätig geworden. Setzt man die Eigenwärme künstlich herab, sinkt sie im Sinne des gesetzmässigen Krankheitsverlaufes, so beginnt der Anbau von neue Spannkräfte häufenden Substanzen wieder und die Anspruchsfähigkeit der Centralapparate für äussere Erregungen und ihre weitern Folgen kehrt zurück.

Die Nachwirkungen febriler Temperatursteigerung, auf welche wir die epikritischen und postfebrilen Seelenstörungen zurückzuführen haben, sind zum Theil bekannt: die Ueberheizung des Körpers ist normaler Temperatur gewichen, aber jene von der gesteigerten Eigenwärme angerichteten Störungen im geweblichen Haushalte der Ganglienzellen sind noch nicht ausgeglichen. Das Blut ist ärmer an plastischen Bestandtheilen und wahrscheinlich auch an respiratorischen Elementen geworden, es besteht also noch Anämie; zudem findet an Haut und Niere jetzt reichliche Absonderung von Wasser statt, welches während der fieberhaften Periode verhalten wurde. Dazu kommt noch die Abschwächung der Herztriebkraft. So treffen mehrere für die Ernährungsverhältnisse der Centralorgane, speciell für die Reparation der nutritiven Beschädigungen der Ganglienzellen

ungünstige Momente zusammen, welche das pathologisch-physiologische Verständniss dieser Störungen erschweren. Nehmen wir die einfachsten Störungen der psychischen Thätigkeit, welche der febrile Process hinterlässt, zum Ausgangspunkt, so sind dies Erinnerungsschwäche und die zumal von ihr abhängige psychische Stumpfheit. Da dieselben völlig wieder verschwinden können und das Individuum dann auch wieder fähig wird zu erkennen, dass wirklich die Vorstellungen, in deren Besitz es wieder gelangt, aus einer früheren Zeit stammen, so kann unmöglich dieser Ausgleich auf Einübung neuer Elementargruppen beruhen, vielmehr muss in den Elementen selbst ein Theil der Spannkräfte erhalten geblieben sein, auf welchen die Disposition zu jenen Erinnerungen beruhte. Ohne dieses würde ein Wiedererkennen derselben nicht möglich sein. Jene Spannkräfte sind aber offenbar in der nächsten Zeit nach der fieberhaften Affection entweder schwierig auszulösen oder ihr zur Erregung der Zelle selbst nothwendiges Quantum hat abgenommen und ist noch nicht restituirt, daher dieselben, wenn ausgelöst, nur unvollkommene Effecte erzielen. So würden sich vielleicht die dem Individuum ganz fremdartigen Lebensäusserungen, die abnormen Effecte von aussen zugeführter Reize (zu denen auch subjective Empfindungen, z. B. präcordiale in Folge der Herzschwäche, vom Darme her als Hunger u. s. w. gehören) wenigstens bis zu einem gewissen Grade erklären lassen. Wo Geistesschwäche bis zum Blödsinn aus fieberhaften Krankheiten hervorgeht, da müssen die früheren Dispositionen in vielen Zellencomplexen, d. h. die Spannkräfte, auf deren Vorhandensein jene beruhen, durch die heftigen Zersetzungsvorgänge, welche die hohe Temperatur in den Rindenelementen veranlasste, zu Grunde gegangen und damit die Anlagen zur Wiederherstellung der alten Functionen verloren sein. Vielleicht entspricht dieser Beschädigung der histologische Befund an den Ganglienzellen, welche, wie erwähnt, nach excessivem und lang dauerndem Fieber fettig-pigmentös degenerirt sind. Bedenken wir schliesslich noch, dass fieberhafte Krankheiten unter Umständen nicht gleich, sondern erst später geistige Schwäche und andere sowohl heilende als auch in Dementia übergehende Psychosen nach sich ziehen, so ist vor allem an die neben den Ganglienzellen mit beschädigten Hirn- speciell die Rindengefässe zu denken. Diese müssen sich ja ebenfalls wieder erholen und es müssen functionelle Störungen, vielleicht Läsionen ihrer Wandungen wieder ausgeglichen werden, wenn die Leistungsfähigkeit der Rindenzellen wieder zur Norm zurückkehren soll. Es wäre möglich, dass diese Restitutionsprocesse unvollkommen blieben

oder dass für einige Zeit eine Disharmonie zwischen der Functionsfähigkeit der nervösen Elemente und derjenigen der ernährenden Gefässe bestände, daher denn die einmal persistirende und durch consecutive Störungen der Gefässthätigkeit unterhaltene und noch wachsende Alterationen, dann aber auch gelegentlich, auf accidentelle Ursachen hin (z. B. nach zu frühzeitiger psychischer Erregung, wie geistige Arbeit, Gemüthsbewegung u. s. w.) Ernährungsstörungen in den Rindenelementen eintreten können, welche länger anhalten und auch irreparabel werden, im letzteren Falle vielleicht zur Nekrobiose des Elementes selber führen.

Dass übrigens je nach der Natur der fieberhaften Krankheit und selbst je nach dem Grade der Temperatursteigerung ausser den genannten von der Ueberheizung abhängigen Vorgängen in den Rindenelementen noch andere Einflüsse zur Wirkung kommen können, muss unbedingt zugegeben werden. Die Frage nach der febrilen Hirnhyperämie ist ja ebenso wenig im negativen wie im positiven Sinne entschieden. Nach hochfieberhaften Krankheiten findet sich öfter Hirnödem und dieses muss als wichtig für das Zustandekommen des Stupor betrachtet werden. Auch den, bei verschiedenen fieberhaften Affectionen herrschenden, chemischen Störungen, den mikroskopischen und namentlich manchen grobanatomischen Veränderungen der Rinde muss ein wesentlicher Einfluss zugeschrieben werden. So wirkt bei Pneumonie die Stauungshyperämie, dann mangelhafter Druck im Aortensystem, endlich Kohlensäureanhäufung im Blute mit; bei massenhafter Pockeneruption wird viel Eiweiss, eine Menge von weissen Blutkörpern und Wasser in den Pusteln abgesetzt, Ausgaben, welche vorzugsweise das Blut zu bestreiten hat. Im Typhusprocesse soll nach Popoff eine Invasion von Rundzellen in die perivasculären, pericellulären Räume der Rinde und selbst in die Ganglienzellen stattfinden; dieser Annahme ist jedoch Herzog Carl in Bayern entgegengetreten. Bei schwerer Intermittens kommt die Pigmentembolie in Frage. Meningitische Krankheitsprocesse führen Steigerung des Schädeldruckes herbei und sind sie an der weichen Hirnhaut localisirt, so wird die Rinde direct in Mitleidenschaft gezogen. Endlich muss berücksichtigt werden, dass bei allen auf Infection beruhenden Fieberkrankheiten von der (lebenden) Krankheitsursache Zersetzungen im Blute selbst angerichtet werden und die Producte dieser chemischen Vorgänge wohl auch toxische Wirkungen auf die Rindenkörper ausüben können. Dass wir jedoch diesen verschiedenartigen Einflüssen ein sehr grosses Gewicht nicht beimessen dürfen und die Hauptursache der febrilen Cerebralerscheinungen in der Temperatur-

steigerung selbst suchen müssen, beweist der Umstand, dass die einzelnen fieberhaften Krankheiten bis zu einem gewissen Grade übereinstimmende Hirnerscheinungen herbeiführen.

Viele postfebrile Psychosen finden ihre pathologisch physiologische Begründung in Nachkrankheiten, in Residuen örtlicher, zum Theil complicirender Affectionen, welche an den Meningen und der Hirnsubstanz selbst lokalisirt sind.

§ 201. Die Einflüsse, durch welche Veränderungen des Blutes und der Circulation Störungen der Lebensvorgänge in der Rindenorganisation hervorzubringen vermögen, sind bis jetzt nur in den gröberen Umrissen bekannt. Freilich ist es nicht schwer zu bestimmen, welche verschiedenen Factoren diesbezüglich in Frage kommen. Da vom Blute die Nährsubstanzen und der Sauerstoff, jene für die Functionsfähigkeit der Ganglienzellen unbedingt in reichlichem Maasse nothwendigen Stoffe geliefert und die bei der Thätigkeit der Rindenelemente entstandenen Zersetzungsproducte weggeführt werden müssen, ist vorauszusetzen, dass Störungen dieses Stoffaustausches zwischen Gewebe und Ernährungs-Respirationsflüssigkeit nicht ohne Einfluss auf die Rindenelemente bleiben werden. Dazu kommt noch, dass chemische Verbindungen, welche auch an anderen Orten des Organismus, zum Theil sogar im Blute selbst (wie bei Infectionskrankheiten, s. oben) gebildet, aber nicht genügend ausgeschieden werden, dass Gifte, die von aussen in den Körper eindrangen, durch das Blut dem Gehirne zugeführt werden und wie die Erfahrung lehrt die Thätigkeit der Ganglienzellen alteriren können.

Diese chemischen Einflüsse von Seiten des Blutes fallen und hängen auch zum Theil innig, untrennbar mit abgeänderten hydraulischen Einflüssen des intracraniellen Gefässsystems zusammen. Abnorme Mischung des Blutes bewirkt oft zugleich Veränderungen der Gefässwand, durch welche Blutfülle, Circulationsgeschwindigkeit, Gefäss- und Schädeldruck modificirt werden. Anomalien der Blutfülle, der Circulationsgeschwindigkeit, des Druckes in den Rindengefässen werden wiederum den Stoffaustausch zwischen Gewebe und Blut verändern; und dabei kann das letztere selbst in normaler Mischung geliefert worden sein.

Schwierig und unvollkommen ist die Frage zu entscheiden, in wiefern Veränderungen der intracraniellen Circulation nothwendig die Functionsfähigkeit der Rindenzellen alteriren müssen. Soweit wir über die Kreislaufsverhältnisse im Schädel unterrichtet sind, ist offenbar der Schluss berechtigt, dass Schwankungen der Blutfülle

innerhalb gewisser Grenzen das Gehirn und speciell die Rinde nicht wesentlich tangiren, dass sie vielmehr durch regulatorische Vorgänge ausserhalb derselben abgeglichen werden [1]).

Es wird angenommen, dass schon das Stromgebiet der Thyreoida eine Art Sicherheitsventil für die Circulation im Schädelraume bildet, das der Congestion zum Kopfe zu steuern vermag. Auch gewissen äusseren Kopfarterien und ihren Gefässgebieten wird eine solche Bedeutung beigemessen. Im (geschlossenen) Schädel aber können Schwankungen der Circulation bis zu bestimmten Graden noch völlig compensirt werden. Bei vermehrtem Zufluss und ebenso bei vermindertem Abfluss kann die Cerebrospinalflüssigkeit nach dem Rückenmarkskanale und der Inhalt der perivasculären (adventitiellen) Lymphräume nach den Halslymphgefässen ausweichen. Wahrscheinlich stehen beiden Flüssigkeiten noch andere Abzugswege durch die dünnen Wände der unter niedrigem Drucke stehenden Capillaren zu Gebote; der ersteren mögen eigenthümliche in den Sinus der Dura entdeckte Oeffnungen zugänglich sein. Bei vermindertem Zuflusse zur Schädelhöhle steigt die Cerebrospinalflüssigkeit auf, der Inhalt der perivasculären Räume wird verhalten, eventuell transsudirt rasch aus den Gefässen selbst noch soviel Fluidum hinzu als nothwendig ist, um den Druck im gleichen zu halten. Diese hydraulischen Vorgänge wenden die schädlichen Einflüsse vom Gehirn im Ganzen bei gewissen Schwankungen der intracraniellen Blutfülle ab. Was speciell die Grosshirnrinde anlangt, so ermöglicht die Construction der Pia- und Rindengefässbahn offenbar noch weitere der letzteren zu Gute kommende Ausgleichungsvorgänge. Schröder v. d. Kolk [2]) behauptet, auf Injectionsresultate gestützt, dass in der Pia ein freier Uebergang zwischen Arterien und Venen durch Anastomosen stattfinde. Es brauche nicht alles Blut aus den Piaarterien in das Capillarbett der Rinde überzugehen, um von da durch feine Venen wieder in die Pia zurückzukehren: „so geht bei stärkerem Andrange das Blut meistens über die Rindenschicht weg in die Venen über, ohne auf jene einzuwirken; der Sturm streicht gleichsam über uns hinweg, ohne dass wir es merken.“ Wie dem auch sei, neuere Untersuchungen, vor allem diejenigen von Heubner [3]), haben ergeben, dass die Arterien der Pia ein Netz unter einander anasto-

1) Vgl. hierzu Nothnagel in v. Ziemssen's Handb. d. spec. Path. Bd. XI, I. S. 3 ff.; daselbst auch die betreffende Literatur.

2) Schröder v. d. Kolk, Geisteskrankh. Deutsch v. Theile. S. 52, 91.

3) Heubner, Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig 1874. S. 174 ff.

mosirender Röhren bilden und dass ein jeder Bezirk der weichen Haut von entlegenen anderen Provinzen mit Blut gefüllt werden kann. Eine vermehrte Blutfülle in einem Bezirke kann also abgeglichen werden durch Beschleunigung des Stromes in andern Provinzen, die Rinde braucht von ihr noch nicht berückt zu werden. Heubner fand nun weiterhin mit Hülfe von Injectionen, dass die Arterien der Pia noch ein zweites secundäres Netz anastomosirender Röhren bilden, aus welchem erst die feinen Stämmchen für die Corticalis selber entpringen. Der Widerstand, welchen die kleineren Piagefässe und die Rindenstämmchen der Injectionsmasse entgegensetzen, ist sehr viel grösser als der Widerstand in den gröberen Communicationswegen der weichen Haut, und zweitens grösser als derjenige in den verhältnissmässig weiten Arterien, die von der Pia aus — die Rinde durchsetzend — direct dem Hirnmarke zustreben. Offenbar wird also auch bei hochgradigeren Congestionen eine Abgleichung ausserhalb der Corticalis durch die Markblutbahnen zum Theil noch möglich sein.

Ob bei Behinderung des Abflusses aus der Schädelhöhle ausser den genannten noch andere regulirende Vorgänge stattfinden, wissen wir nicht. Nur erwähnen wollen wir, dass Stricker[1]) und nach ihm Golubew[2]) wichtige Entdeckungen über die physiologischen Eigenschaften der Capillarwände gemacht haben. Sie zeigten, dass dieselben activer Contractionen fähig sind, und der letztere fand, dass Kohlensäure solche Contractionen veranlassen könne. Es wäre also denkbar, dass bei mässig erschwertem Abflusse durch den Reiz des stärker kohlensäurehaltigen Blutes Verengerung und Drucksteigerung im Capillarbette der Rinde hervorgerufen und so eine gewisse Ausgleichung erreicht würde. Was endlich den mangelhaften Zufluss normalen Blutes betrifft, so kann das Stromgebiet der Rinde sehr wohl auch über Hülfsmittel gebieten, welche eine relativ normale Circulation auch dann noch ermöglichen, wenn die oben erwähnten Regulatoren an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gelangt sind. Es wäre ja möglich, dass den Rindenelementen ein bestimmter Grad von Autonomie zukäme, dass sie im Stande wären, den Kreislauf im Capillargebiete ihren Bedürfnissen gemäss zu reguliren, namentlich auch bei mangelhaftem Zuflusse Erweiterung der Capillarbahnen zu bewirken. Haben wir diesbezüglich auch keine festen Anhaltspunkte, klinische Beobachtungen sind einer solchen Annahme nicht

1) Stricker, Wiener Sitzungsberichte. Bd. LII.
2) Golubew, Archiv für mikroskop. Anatomie. Bd. V. 1869.

ungünstig. Dass an einem andern Orte im Centralorgan eine directe Beeinflussung der Gefässbahn von Seiten der Ganglienzellen selbst mehr als wahrscheinlich ist, geht hervor aus einer Entdeckung von Meynert[1]): im Hirnschenkelgebiet des Bindearmverlaufes „scheinen die Capillaren gleichsam eine Peripherie für Endigungen von Zellenfortsätzen zu bilden".

§ 202. Was nun die einzelnen Arten der hier in Frage kommenden Circulationsstörungen im Gehirn, speciell in dessen Rinde anlangt, so ist die grösste Vorsicht in der Schlussfolgerung desshalb geboten, weil wir Bestimmtes über die Circulationsverhältnisse und ihre pathologischen Veränderungen in der menschlichen Corticalis selbst nicht wissen; denn einmal ist der Zustand von Blutfülle, welchen bei der Obduction die Rindengefässe zeigen, nicht nothwendig derselbe wie während des Lebens, dann sind die experimentellen Ergebnisse an Thieren gewonnen, deren Centralorgane, insbesondere deren Rindenorganisationen sich doch nur entfernt mit den menschlichen vergleichen lassen, zudem beziehen sich alle auf Versuchen basirende Erfahrungen über die Wirkung abgeänderter Circulation und ihre Folgen auf den gesammten Schädelinhalt oder auf die durch Trepanöffnungen sichtbare Oberfläche des Grosshirns, also auf die Pia mater, bezw. deren Gefässe.

Dass active Hyperämien der Hirnrinde möglich sind und dass sie gewiss auch häufig vorkommen, ist natürlich nicht zweifelhaft. Ebenso darf man annehmen, dass dieselben verschiedene Grade an diesem Organe erreichen und dem entsprechend auch verschiedene Folgen nach sich ziehen. Bei den leichteren Graden mögen die natürlichen Ausgleichungsvorrichtungen, welche für die Rinde selbst nur in den perivasculären Räumen der corticalen Arterien, Capillaren und Venen gegeben sind, noch ausreichen, um eine Drucksteigerung zu verhindern. Es fliesst nur mehr (normales) Blut in der Zeiteinheit durch die Rinde hindurch, es wird allerdings auch mehr Wärme durch den Orgasmus erzeugt. In wiefern damit die bei activen Gehirnhyperämien vorkommenden Exaltationserscheinungen zusammenhängen, ob namentlich ein lebendigerer Stoffaustausch zwischen dem Gewebe und dem raschen breiten Strome normalen Blutes wirklich stattfinde, wissen wir nicht. Denn im Allgemeinen sind, wie D. Finkler[2]) zeigte, Sauerstoffconsum und Kohlensäureabgabe von

1) Meynert in Stricker's Gewebelehre. S. 755.
2) D. Fickler, Pflüger's Archiv. Bd. X. S. 368.

Seiten der Gewebe wenigstens bei Thieren unabhängig von der Geschwindigkeit des Blutstromes.

Bei hochgradigeren Wallungshyperämien des Gehirns sieht man „Druckerscheinungen" auftreten; diese sind von Seiten der Rinde Sopor, Bewusstseinsumnebelung, Koma.

Dass der Symptomencomplex der Tobsucht auf Wallungshyperämie beruhe, wird ziemlich allgemein angenommen. Namentlich Meynert vertritt mit Entschiedenheit diese vasomotorische Theorie der fraglichen Störung. Die Thatsache, dass auch Tobsucht bei anämischen Individuen vorkommt, würde natürlich nicht gegen diese Auffassung beweisen, da ja auch bei allgemeiner Anämie noch Fluxionen zu einzelnen Organen auftreten können. — Was den Leichenbefund nach maniakalischen Erregungszuständen anlangt, so brauchen die kenntlichen Zeichen der Wallungshyperämie nicht mehr post mortem vorhanden zu sein (§ 189). Leichte Congestionen zur Rinde können vor dem Tode, während und nach der Agonie verschwinden. Bei schwerer Tobsucht und solcher, die länger dauerte, trifft man erweiterte Rindengefässe, die sich wegen Ueberdehnung nicht mehr zusammenziehen konnten und ausserdem punktförmige Hämorrhagien in der Rindensubstanz, speciell in der mittleren Schichte derselben (Ort der stärksten functionellen Reizung? Rindfleisch). Dass krankhafte Vorgänge, die solche Residuen hinterliessen, Drucksteigerung speciell in der Corticalis hervorzubringen befähigt sein mussten, liegt auf der Hand; heftige Tobsucht kann mit Koma endigen und zum Tode führen. Da die einfache Congestion nicht zum Durchtritt von Blutkörpern durch die Gefässwand Veranlassung gibt, sofort aber Diapedesis rother Blutkörper beginnt, wenn mit heftiger Congestion nur eine schwache Behinderung des venösen Abflusses concurrirt, so werden wohl auch bei diesen Processen in irgend welcher Weise gewisse Venenstämmchen nicht im Stande gewesen sein, den heftigen Zufluss zu bewältigen.

Bei den passiven Hyperämien und zwar zunächst bei leichteren Graden derselben, die noch nicht zu Drucksteigerung zu führen brauchen, weil bei schwachem arteriellen Zuflusse die Ausdehnung der Venen und Capillaren noch die von den perivasculären Lymphbahnen gestatteten Spielräume einhalten, könnte man ohne weiteres umgekehrt den mangelhaften Stoffaustausch zwischen Blut und Gewebe als wesentlich anschuldigen, wenn nicht jene relative Unabhängigkeit des Sauerstoffverbrauchs und der Kohlensäureabgabe feststände. Wie lange freilich menschliche Rindenzellen eine derartige Abänderung ihrer Ernährungs- und Respirationsverhältnisse ohne

Beschädigung ihrer Leistungsfähigkeit ertragen, wie lange sie nämlich im Stande sind, auch bei trägem Blutstrom das nothwendige Quantum Sauerstoff und Ernährungsmaterial gewaltsam sich anzueignen und ebenso ihre Stoffwechselproducte abzugeben, ist eine andere Frage. Wahrscheinlich wird doch wohl nach einiger Zeit schon die innere Arbeit in den Zellen gestört werden und je länger die, auch mässige, venöse Stauung dauert, der Consum an wichtigen Zellenbestandtheilen immer unvollkommener durch Restitution gedeckt werden, die Anhäufung von Stoffwechselproducten höhere Grade erreichen.

Erheblichere Stauungen des venösen Abflusses aus dem Schädel steigern einmal den intracraniellen Druck (bei Thieren schon die Compression der Jugularvenen, Jolly); dabei bestehen die andern Einflüsse: mangelhafte Entfernung der Stoffwechselproducte, geringe Zufuhr sauerstoffhaltiger Ernährungsflüssigkeit fort und erreichen wegen der noch langsameren Blutbewegung noch höhere Grade. Dazu kommt noch, dass Blutbestandtheile, Serum und rothe Körperchen durch die Wände der Capillaren und kleinen Venen hindurchgepresst werden. Im Hirn selbst wird seröse Transsudation zu Stande kommen, da die perivasculären Räume complet von den kleinen Venen und Capillaren ausgefüllt werden, also nichts mehr aufnehmen können.

Von der Stoffwechselstörung müssen wohl in irgend einer Weise die Erscheinungen der psychischen Depression abhängig sein, welche bei noch mässiger venöser Stauung beobachtet werden. Beim Zustandekommen der schwereren Rindensymptome, nämlich des Stupors, der Bewusstlosigkeit, des Koma, welche hochgradige Stauung mit sich bringt, dürften chemische und physikalische Einflüsse zusammenwirken.

Je nach der Geschwindigkeit, mit welcher sie sich entwickelt, und je nach dem Grade, den sie erreicht, wirkt offenbar die Anämie des Gehirns in verschiedener Weise störend auf die Lebensvorgänge in den Rindenelementen ein. Bei den leichteren Graden mangelhafter Zufuhr von (normalem) Blute zum Schädelraume wird noch keine Druckänderung eintreten, da die erwähnten Compensationsvorgänge derselben noch vorzubeugen im Stande sind. Hier käme demnach nur die incomplete Zufuhr von Sauerstoff und Ernährungsmaterial und wahrscheinlich die ungenügende Entfernung von Stoffwechselproducten in Betracht, der Hauptsache nach also derselbe Complex von Einflüssen wie bei der mässigen Stauungshyperämie. Wie für die letztere Circulationsstörung, so werden wir auch für diese an-

nehmen müssen, dass dann erst Störungen der Rindenelemente eintreten, wenn die in denselben angehäuften für die Functionsfähigkeit wichtigen Substanzen verbraucht sind. Wie rasch unter dem Einflusse von mangelhafter Blutzufuhr mässigen Grades ein solcher Zustand von Erschöpfung in den Ganglienzellen der menschlichen Rinde sich einstellt, können wir nicht angeben, auch aus Experimenten nicht erschliessen.

Erreicht die Hirnanämie erheblichere Grade, namentlich binnen kurzer Zeit, so kann natürlich auch temporär der Druck im Schädelcavum sinken und zu den genannten chemischen Factoren noch der physikalische Einfluss hinzutreten. Klinische und experimentelle Beobachtungen sprechen dafür, dass unter solchen Bedingungen die Lebensvorgänge in den Rindenelementen rasch zum Stillstand gelangen. Ganz dieselben Folgen ziehen nun auch rasch entwickelte, hochgradige Congestion und Stauungshyperämie nach sich, bei denen es sich aber, was die Druckveränderung anlangt, um das Gegentheil, um Drucksteigerung handelt. Wie es kommt, dass bei diesen Graden der genannten Circulationsstörungen keinerlei psychische Lebensäusserungen mehr stattfinden, sondern Sopor, Koma, Bewusstlosigkeit eintreten, können wir nicht angeben. In irgend einer Weise aber muss die Entwickelung der in den Rindenzellen aufgespeicherten Spannkräfte, die Umsetzung derselben in lebendige Arbeit gehemmt sein.

Dass bei Anämie und passiver Hyperämie des Gehirns im Allgemeinen psychische Depressionserscheinungen vorwiegen, dass Trägheit der Apperception von Eindrücken, der Reproduction, der Association von Vorstellungen, dabei Apathie, Abulie gewöhnliche Symptome dieser pathologischen Zustände sind, ist allgemein anerkannt. Man beobachtet aber auch unter solchen Bedingungen psychische Unlust, Angst einerseits, Euphorie, heitere Ekstase andererseits, verbunden mit Aufregung, Phantasmen, Delirien, also im Ganzen Irritationserscheinungen. Wir wissen nicht, welche näheren Ursachen diesen verschiedenen Wirkungen zu Grunde liegen. Die Ansicht, dass der Symptomencomplex der Schwermuth hervorgerufen werde durch ungenügende Zufuhr arteriellen Blutes zum Gehirn, die ebensowohl auf Anämie wie auf passiver Hyperämie beruhen kann, ist in sofern begründet, als z. B. bei Sinusthrombose Melancholie beobachtet und Schwermuth durch solche Mittel beseitigt oder doch gemildert wird, welche Hirnhyperämie bewirken (Amylnitrit). Es ist jedoch noch nicht ausgemacht, in welchem Umfange diese und andere, auch pathologisch-anatomische Thatsachen allgemeine Schlüsse über die Pathogenese der Melancholie zulassen.

Nichts steht der Annahme entgegen, dass ebenso wie an sichtbaren Körpertheilen so auch im Gehirn, speciell in der Corticalsubstanz lokale Hyperämien und Anämien sich entwickeln, ja dass neben einander derartige Circulationsanomalien bestehen können und dass auf diesen Störungen gewisse psychopathische Erscheinungen beruhen mögen. Vor der Hand aber ist es noch nicht möglich, über diese Verhältnisse Bestimmtes auszusagen.

Die Entscheidung, welcher pathologisch-physiologische Werth bezüglich der Entstehung von Psychosen zumal den nicht sehr erheblichen Veränderungen des intracraniellen Kreislaufes beizumessen sei, ist von den Resultaten künftiger Forschungen zu erwarten. Zur Zeit sind die Ansichten über diesen Punkt noch getheilt. Während die Einen die vasomotorische Begründung der Symptomencomplexe Manie, Melancholie u. s. w. für erwiesen halten, warnen Andere wieder energisch und mit scharfen Ausdrücken vor der Aufstellung und Adoption derartiger Theorien.

Die krankhaften Vorgänge in der Rindensubstanz, welche durch Anomalien der Blutmischung im Ganzen inclusive Vergiftungen veranlasst werden, können je nach der Natur der Blutkrankheit sehr verschieden sein. Da es nicht unsere Aufgabe ist, auf die Pathologie der einzelnen Dyskrasien hier näher einzugehen, erwähnen wir nur im Allgemeinen, dass bei der Entstehung von psychischer Störung in Folge dieser Constitutionsanomalien hauptsächlich zwei Kategorien abnormer Einflüsse in Frage kommen. Einmal nämlich kann die fehlerhafte Beschaffenheit des Blutes auf die Wände der Hirngefässe alterirend einwirken und so die Circulationsgeschwindigkeit, den Druck im Gefässrohr, aber auch die Durchlässigkeit der Wände für gelöste und aufgeschwemmte Blutbestandtheile verändern; dann aber können auch die Ganglienzellen von der abnormen Zusammensetzung des Blutes direct afficirt werden, indem ihnen in der Zeiteinheit zu wenig Ernährungsmaterial, zu wenig Sauerstoff geliefert wird, indem ihnen chemische Substanzen zugeführt werden, welche ihre moleculare Zusammensetzung und damit die normale Function verändern. So kann einmal mangelhafte Anspruchsfähigkeit für die natürlichen Reize, dann gesteigerte Irritabilität für gewisse peripherische und centrale Erregungen, endlich offenbar auch spontane „trophische“ Irritation durch Dyskrasien und Vergiftungen in den Rindenelementen gesetzt werden.

Zum Schlusse dieser Betrachtungen bedarf es nur der einfachen Erwähnung, dass der Zusammenhang zwischen anatomisch nachweisbaren Erkrankungen der Hirnrinde und krankhaften Erscheinungen

des Seelenlebens im Ganzen pathologisch-physiologisch nicht aufgehellt ist. Wäre dem so, dann hätte die Psychopathologie als solche aufgehört zu existiren und wir besässen statt ihrer eine Pathologie der diffusen Erkrankungen der Rindenorganisation.

§ 203. Ueber die Theorie des Verlaufes und der Ausgänge psychischer Störung lässt sich vom allgemein pathologischen Standpunkte aus nur wenig sagen. Aufgabe der speciellen Psychopathologie und der psychiatrischen Klinik ist es, die besonderen Gesetze auszumitteln, nach welchen jede einzelne Form des Irreseins verläuft und endigt und dabei die Theorie des Ganges der Krankheit aufzustellen.

Nur einige allgemeine Gesichtspunkte können wir zum Schlusse noch über diesen Gegenstand zu geben versuchen.

Eingangs sind zwei Gruppen von Seelenstörungen der leichteren Orientirung wegen unterschieden worden: psychopathische Zustände, die für lange Zeit, für das ganze Leben, bezw. den Rest desselben im wesentlichen unverändert bleiben, und psychopathische Processe, die sich aus einer Reihe verschiedener Zustände zusammensetzen.

Auch theoretisch ist diese Unterscheidung gerechtfertigt, obwohl sie in praxi oft nicht strenge durchzuführen ist. Den psychopathischen Zuständen müssen krankhafte Zustände des Gehirns entsprechen und, was ihre Hauptrepräsentanten anlangt, die verschiedenen Formen des Schwachsinns und Blödsinns, so ist hinlänglich festgestellt, dass der Defect an Leistungsfähigkeit herrührt von Defecten der Hirnrinde: Dieselbe ist atrophisch, zeigt eine geringere mittlere Dicke als diejenige normaler Individuen, mikroskopisch finden sich verschiedenartige Degenerationen der Ganglienzellen u. s. w. Die theoretische Erklärung der andern psychopathischen Zustände wie der habituellen leicht melancholischen Verstimmung, der stabilen leicht maniakalischen Exaltation, gewisser Formen von Verrücktheit, die nicht in Geistesschwäche übergehen, fällt der speciellen Pathologie der Psychosen zu.

Dem Wechsel der Erscheinungen nach Intensität und Qualität, welcher bei den psychopathischen Processen bald rascher bald deutlich nur innerhalb grösserer Zeitabschnitte hervortritt, muss ein Wechsel verschiedener Zustände der Grosshirnrinde entsprechen, welche unter einander in causalem Zusammenhang stehen.

Bei den transitorischen Psychosen, welche rasch mit heftigen Symptomen einsetzen und auf der Akme plötzlich durch kritischen Schlaf entschieden werden, handelt es sich offenbar um sehr

raschen Verbrauch fast aller Spannkräfte, welche in dem Gros der Rindenelemente vorräthig waren. Sind diese durch energische allseitige Entladungen verbraucht, so sind die Zellen erschöpft, unerregbar geworden, es tritt jetzt tiefer Schlaf ein, während welches nur innere Moleculararbeit, Wiederersatz der consumirten Zellenbestandtheile stattfindet. Besteht hinterdrein complete Amnesie, so hatte wohl während der Attaque so wenig innere Moleculararbeit stattgefunden oder die geleistete war ziemlich vollständig während des Anfalls selbst wieder in lebendige (vielleicht in Wärme) umgesetzt worden, so dass jetzt peripherische Reize und ihre centralen Effecte keine Erinnerung an die Zeit des Anfalls wecken können. Die Disposition in den Zellen ist eben zu schwach. Da wo Erinnerung, wenn auch dunkel und summarisch vorhanden ist, muss gelegentlich des Anfalls durch innere Moleculararbeit mehr lebendige Kraft latent gemacht worden sein; ein Theil der Erregungsarbeit äusserer und innerer Apperceptionen wurde in leichter auszulösende Spannkraft verwandelt. Dass aber auch im ersten Falle wirklich Dispositionen begründet wurden, beweisen die Anfälle transitorischen Irreseins, welche Glieder pathologischer Hirnzustände sind. Vor allem ist an die psychische Epilepsie in dieser Hinsicht zu denken. Da spielt sich bei jeder Attaque immer dieselbe Reihe psychopathischer Erscheinungen ab, nachdem einmal ein erster Anfall stattgehabt hat. Hier müssen also Spannkräfte rückständig geblieben sein, die nur unter dem Einflusse der ursächlichen Hirnstörung wieder entfesselt werden können. Wo das transitorische Irresein, ein einziger Anfall desselben isolirt bleibt, da müsste angenommen werden, dass der Rest von Spannkräften, der gelegentlich desselben deponirt blieb, mit der Zeit abhanden kommt, etwa in Wärme verwandelt wird.

Was nun den zeitlichen Wechsel in der Intensität der Symptome psychischer Störung anlangt, so liegen hier die mannigfaltigsten und nur bei Analyse der einzelnen remittirend verlaufenden Psychosen hypothetisch zu ermittelnden Verhältnisse vor. Der Wechsel gewisser einzelner Zustandsformen hingegen gestattet in einer Hinsicht wenigstens auch eine theoretische Betrachtung vom allgemeinen Standpunkte. Die Succession von maniakalischen und melancholischen bezw. stuporösen Zuständen und umgekehrt hat Dittmar wie es mir scheint plausibel und ansprechend folgendermassen erklärt: Er nimmt an, dass beim Stupor durch Druck ödematöser Infiltration, durch ein in die Zellensubstanz abgesetztes Exsudat die Molecularbewegung in den Rindenelementen gehemmt, das Moleculargefüge wohl auch zertrümmert werde. Kommt nun Resorption zu Stande,

so werden synthetische Processe (innere Moleculararbeit) eintreten, durch welche die zum Theil lädirten und zerstörten Molecüle restituirt werden. Die jetzt wieder möglichen Kraftentladungen sind minimal, die Erregungungsarbeit wird sogleich wieder in innere Moleculararbeit verwandelt, d. h. zur Bildung krafterzeugender Stoffe verwendet: indess der Stupor fortdauert, häufen sich immer mehr Spannkräfte in den Zellen auf; der Vorrath an solchen wird grösser werden als ihn der Normalzustand psychischer Thätigkeit erfordert. Unter solchen Umtänden kann natürlich ein äusserer Einfluss, z. B. ein heftiger Reiz, den Anstoss zum Losbruche der Zersetzungsarbeit geben: die Spannkräfte entladen sich, und da ein Ueberschuss von solchen vorhanden ist, wird die Erregung lebhafter und anhaltender sein als unter normalen Verhältnissen, es wird zur maniakalischen Reaction kommen. Dauert diese längere Zeit an, so kann Ermüdung und mit dieser abermals Stupor eintreten. Ebenso ist es bei dem gewaltigen Reizvorgange, welcher einen maniakalischen (nicht auf „Reaction" beruhenden) Anfall vorstellt. Der ihm (nach Dittmar regelmässig) nachfolgende stuporöse Zustand ist wesentlich Ermüdungsphänomen; während der maniakalischen Attaque wurden rasch alle disponibeln Spannkräfte verbraucht, der Stupor entspräche der Restitutionsperiode. Als wesentliche pathogenetische Momente dieses Wechsels verschiedener Zustände bezeichnet Meynert Veränderungen in der Innervation des Gefässcentrums. Wenn, sagt er, mit der Herabgekommenheit der Gehirnernährung in der Melancholie auch das Gefässnervencentrum an functioneller Energie leidet, dann heilt ein Umschwung der Ernährung durch vermehrte Arteriosität die Melancholie. Fällt aber die Wiedererholung des Gefässnervencentrums nicht mit der Wiederkehr gesunder Hirnerregung zusammen, dann wird der dauernd herabgesetzte Gefässdruck, die Arterienweite, das Vorderhirn zur Manie reizen, welche so lange dauert, bis das erholte Gefässcentrum den normalen arteriellen Druck herbeiführt.

Bezüglich des progressiven Verlaufes psychischer Störung lässt sich vom allgemeinen Standpunkte nur Folgendes angeben. Durch neuere Forschungen ist wohl ziemlich erwiesen, dass zu Anfang des Verlaufes von Geistesstörungen nur Alterationen der cerebralen Gefässapparate vorhanden sind, dass die psychischen Symptome nur von Ernährungsstörungen in den Ganglienzellen abhängen. Mit dem Fortschreiten bezw. schon dem längeren Bestande von Circulationsanomalien entwickeln sich dann organische Erkrankungen des Hirnparenchyms zunächst in der Nähe der Gefässe (Bindegewebswucherungen), später in Folge dieser krankhaften Vorgänge und der tiefer

wurzelnden Circulationsanomalien auch nachweisbare Läsionen der Ganglienzellen, die gleichwerthig sind mit Degenerationsvorgängen.

Der Ausgang psychischer Störung in den Tod ist in theoretischer Beziehung für unsere Betrachtungen nur in sofern wichtig, als er in Folge von Erschöpfung aus übermässiger centraler Irritation eintritt. In diesem Falle müssen lebenswichtige Centren, welche ausserhalb der Gehirnrinde und zwar in der Medulla oblongata liegen, gelähmt worden sein. Dass die Corticalis selbst für das Leben des Organismus als solchen nicht nothwendig ist, geht aus früheren Betrachtungen hervor (§ 195).

Der Ausgang in unvollständige Genesung ist theoretisch gleichwerthig mit dem Eintreten eines pathologischen Zustandes der Hirnrinde, mit Defect an functionsfähigen Elementencomplexen derselben. Ganglienzellengruppen, welche auf bestimmte Leistungen eingeübt waren, sind untauglich geworden, bezw. abgestorben. Die Erregungen, welche früher von ihnen ausgingen und bald auslösend auf die Spannkräfte anderer Elementengruppen einwirkten, bald die von anderen Richtungen her angestrebte Entfesselung dieser latenten Kräfte zu hindern vermochten, diese Erregungen sind jetzt zu schwach oder fehlen complet, weil in jenen Zellengruppen die vitalen Vorgänge abgeändert, beschränkt oder völlig erloschen sind. Man kann also auch hier von „Ausfallserscheinungen“ sprechen, speciell vom Ausfall gewisser centraler Reize, deren Wirkungen ehedem eine hervorragende Bedeutung für die Erhaltung des psychischen Gleichgewichts hatten. Da aber selbstverständlich von Heilung, wenn auch von solcher mit Defect nicht die Rede sein könnte, wenn nicht gewisse Krankheitserscheinungen verschwänden und gewisse Eigenthümlichkeiten der psychischen Persönlichkeit wiederkehrten, so ist anzunehmen, dass in gewissen Elementengruppen, deren Individuenzahl nicht gering sein kann, die Restitution so vollkommen eintreten muss, wie sie bei completer Heilung in sämmtlichen afficirt gewesenen Zellencomplexen sich vollzieht.

Vollständige Heilung kann durch mehrere Ausgleichungsvorgänge herbeigeführt werden. Zunächst durch Aufhören der Ursache. Dies ist z. B. bei febrilen, toxischen und gewissen anämischen Psychosen der Fall. Der Organismus eliminirt die (belebte) Ursache des Fiebers, scheidet Gifte wieder aus, die Verluste an wichtigen Blutbestandtheilen werden durch Wiederersatz gedeckt; damit ist die Möglichkeit gegeben, dass die Ernährungsprocesse in den Rindenelementen wieder normal werden und die gesunde Functionsfähigkeit derselben sich herstellt. Auch bei den Psychosen, welche in Folge

peripherischer Reizung zu Stande kommen, kann die Heilung dadurch erfolgen, dass (von selbst oder durch Kunsthilfe) die Ursache beseitigt wird.

Aber auch der fortwirkenden Ursache vermögen, wie wir annehmen müssen, die Rindenelemente bis zu einem gewissen Grade so erfolgreich zu begegnen, dass complete Heilung der in ihnen selbst angerichteten Störung eintritt. Hier ist wieder an die Genesung durch Reaction zu erinnern. Einer excessiven Functionsbestätigung folgt Erschöpfung der Zellen nach, die Schlaf oder Stupor sein kann; dann werden die verbrauchten Substanzen wieder ersetzt, neue Spannkräfte gesammelt. Sollten im Zustande des Stupors zu viel Spannkräfte aufgespeichert worden sein, so wird auf gelegentliche Einflüsse hin eine explosive Zersetzungsarbeit beginnen, welche als maniakalische Aufregung sich zu erkennen gibt (Dittmar) und es wird, wenn nur die überschüssige Summe an Spannkräften dabei verbraucht wird, Genesung eintreten.

Bei vollkommener Genesung müssen nun — wenigstens in vielen Fällen — in den corticalen Elementencomplexen analoge Vorgänge stattfinden, wie sie dem physiologischen Vergessen in grösserem Maassstabe, z. B. dem Herauskommen aus ganzen Gedankenkreisen, dem Verlernen fremder Sprachen u. s. w. zu Grunde liegen. Man verlangt ja, dass bei völliger Heilung abnorme Erreglichkeit von Gefühlen, einseitige Verschärfung der äusseren Apperception, der der Erinnerung, luxuriirende Phantasie verschwinden, dass Phantasmen, Zwangs- und Wahnvorstellungen abklingen. Beruhten alle diese Erscheinungen, sofern sie wie gewöhnlich eine gewisse Beständigkeit hatten, darauf, dass während des Verlaufes der Psychose in ganzen Zellencomplexen Dispositionen zu gemeinsamen complicirten, aber abnormen Erregungsvorgängen begründet worden waren, so kann die Genesung nur dadurch geschehen, dass diese „pathologischen Dexteritäten“ (Meynert) durch gewisse moleculäre Vorgänge in den betreffenden Centralapparaten beseitigt werden. Das Zustandekommen des physiologischen Vergessens, Verlernens beruht nun allem Anschein nach darauf, dass jene bei der Erregung selbst deponirten Spannkräfte, die eine Zeit lang für Betreibung desselben Erregungsvorganges aufgespart bleiben und leicht ausgelöst werden können, nach und nach entweder fester gebunden werden oder (vielleicht in Wärme verwandelt) abhanden kommen. Das Moleculargefüge der betreffenden Elemente hat an Labilität verloren. Solche Vorgänge spielen sich nun in den Zellen offenbar auch bei dem in Rede stehenden Verschwinden pathologischer Dexteritäten ab. Sie liessen

sich sit venia verbo als „Mauserungsprocesse“ der Elemente und ihrer Leitungsbahnen bezeichnen, welche bald langsamer, bald schneller zum Abschluss gelangen. Zwei Erfahrungen über die günstige Einwirkung gewisser Schädlichkeiten auf vorhandene Seelenstörung sind hier zu erwähnen: von acuten fieberhaften Krankheiten, zumal Typhus weiss man, dass sie bisweilen Genesung vom Irresein erzielen, und es könnte wohl sein, dass die lebhaften Verbrennungsprocesse während des Fiebers jene Molecularverbindungen gelegentlich mit aufzehrten, welche eben die Spannkräfte zur Betreibung gewisser eingeübter Erregungen enthalten. Sodann hat man hie und da nach Kopftrauma und Hirnerschütterung lange bestandenes Irresein verschwinden sehen. Auch dabei müssen früher aufgespeicherte Spannkräfte entweder in lebendige umgesetzt oder fester gebunden worden sein. Diese Phänomene bieten durchaus nichts ungewöhnliches, besonderes dar; denn im Grunde genommen ist es doch dasselbe, wenn eine hochfieberhafte Krankheit eine Hirnerschütterung, bei psychisch Gesunden Gedächtniss- und Geistesschwäche, bei Kranken aber Verschwinden psychopathologischer Lebensäusserungen herbeiführt: beide Einflüsse löschten dort normale, hier aber abnorme, während der psychischen Störung erst erworbene Dispositionen zu gewissen Leistungen in centralen Gebilden aus.

Endlich machen experimentelle Erfahrungen wenigstens bis zu einem gewissen Grade wahrscheinlich, dass auch dann noch, wenn der krankhafte Process in der Hirnrinde Defecte an wesentlichen Elementen herbeiführte, eine Herstellung der Function möglich sei, welcher die verloren gegangenen Theile oblagen. Dies könnte geschehen dadurch, dass andere Zellen auf die Verrichtungen der fehlenden eingeübt (stellvertretende Function), aber auch dadurch, dass Regeneration stattfände und neue functionsfähige Elemente disponibel würden.

REGISTER.

Abdominaltyphoid, Bez. z. psych. Stör. 353.
Aberglaube 43 ff. 270.
Abhärtung geg. Urs. d. Irres. 302.
Abneigungen, krankh. 231 ff.
Abnorme Zustände d. Genitalien, Bez. zu psych. Stör. 375 ff.
Abortus, Bez. z. psych. Stör. 311.
Abscess d. Gehirns, Bez. z. psych. Stör. 338.
Abscheu, krankh. 231.
Abulie 241 ff.
Abusus v. Genussmitteln, Sympt. v. Psychosen 224 ff. —, Urs. v. solchen 361 ff.
Acetonämie, Bez. z. psych. Stör. 359. 360.
Acme s. Akme.
Acute Psychosen 16. 285.
Addison, 39. 40. 41. 386. 401.
Addison'sche Krankheit, Bez. z. psych. Stör. 374.
Adler 390. 393. 396. 397. 399.
Aengstlichkeit 79.
Aequivalente, völkerpsychol. d. Irreseins 44 ff.
Aesthetische Gefühle 64. — ästh. Hyperalgie 70. — Analgie 81.
Aether, Wirkung dess. a. psych. Proc. 367.
Aetiologie, allg. 3. 301 ff. —, ätiol. Diagnostik 268. —, ätiol. Irreseinsformen 268.
Affecte 64. — depressive, als Urs. d. psych. Stör. 381. —, erhebende als Urs. psych. Stör. 383. —, pathologische 15. 286.
Agitation 221.
Agoraphobie 79. 187. 384.
Agrypnie 249.
Akme d. psych. Stör. 278.
Albers 4. 19. 23. 24. 27. 62. 287. 301. 397.
Albert 225.
Albuminurie bei Irren 42.
Albutt 30.
Alibert 225. 226.
Alienation s. Irresein.
Alkohol, Einfluss dess. a. psych. Processe 91. 361 ff. —, Reaction Irrer auf dens. 261.
Alkoholismus chronicus 363. —, Entartung dabei 363. —, Delir. tremens dabei 364. — Manie dabei 365. — Melanch. dabei 365. — Pseudoparalysis prog. dabei 315. — Verfolgungswahn dabei 365.
Alkoholrausch, pathologischer 362.
Allgemeine Aetiologie 3. 310. — a. Diagnostik 3. 251. — a. Erleicht. d. Verl. u. d. Assoc. d. Vorstellungen 192. — a. Hyperalgie 69. — a. Hyperthymie 217. — a. Nosologie 3. 5 ff. — a. path. Anatomie 3. 386. — a. path. Physiologie 3. 386. — a. Prognostik 3. 273. 293. — a. Symptomatologie 3. 61. — a. Prädisposition z. psych. Stör. 301. 303 ff.
Allgememeinvorstellung 105.
Alter, Bez. z. allg. Prädisp. z. psych. Stör. 304.
Alternirendes Bewusstsein 128. 280.
Amelung 55. 192. 239. 372.

Amentia occulta 272.
Amnesie 120.
Amylnitrit 91. 368.
Amyloidentartung d. Hirngefässe b. ps. Stör. 398.
Amyloidkörper i. Hirn Geisteskranker 396.
Anämie 351. 358. —, acute 358. —, chronische 359. —, subacute 358. — des Gehirns 390. 438. —, anämische Psychosen 351. 358.
Anästhesie, psych. 67. —, A. psych. dolorosa 83. 93.
Analgesie, psychische 83.
Analgie, ästhetische 81. —, gemüthliche 83. —, sinnlich-psychische 82. —, psychische 80 ff. —, sittliche 85.
Analyse, pathol.-chemische, Resultate ders. in Bez. auf Blut, Urin d. Irren 39 ff. — i. Bezug auf Zusammensetzung d. Gehirns Geisteskranker 399. 401.
Anamnese, Werth ders. f. Diagnose 255. 261.
Anaphe, Anaphia 110.
Anatomie, allg. pathol. 3. 42. 386.
Anatomische Diagnostik d. psych. Stör. 269. — Läsionen der Hirnrinde 18. 390 ff.
Andrews 371.
Aneurysmen d. Hirngefässe b. Irren 270. 338. 397.
Angeborene Anlage zu Psychosen 325.
Angstzustände 75.
Anhedonie, psychische 66. 92.
Anomalien d. Anschauung 108. — d. Begehrlichkeit, d. Begehrens 210 ff. — d. Einbildung 112. — d. Erinnerung 115. — d. Gefühle 62. — d. Phantasie 133. — d. Verlaufes u. d. Association d. Vorst. 178. — d. Strebens 210. — d. Vorstellens 103. — d. Wollens 210.
Anoryxie 229.
Anthropologie u. Völkerpsychologie als Quellen d. allg. Psychopath. 43.
Anthropophagie, Sympt. v. psych. Stör. 233.
Anschauung, Anomalien ders. 108. —, Steigerung 108. —, Herabsetzung 110. —, Anschauungsformen 105. —, svorstellungen 104.
Aphantasia 176.
Aphasie 19. 128.
Appetit, Anomalien dess. 222. 229. —, Steigerung 222. —, Herabsetzung 229. —, Perversitäten d. A. 231. 232 ff.
Arithmomanie, Sympt. psych. Stör. 187.
Arndt 75. 76. 312. 339. 375. 380. 393. 394. 395. 396. 398. 421. 428.
Arsenvergiftung 370.
Arten d. psychischen Störung 5.
Arzneimittel, Toleranz Geisteskranker gegen solche 261.
Association durch Contrast b. Entsteh. v. Wahnvorst. 209. —, assoc. Gewöhnung 107. — der Vorstell., Entwickelung ders., allgemeinere 192, einseitige 183, —, Erschwerung, Trägheit 199.
Asymbolie 128.
Asymmetrien d. Schädels b. Irren 25. 259. 324. 387 ff.
Atherom d. Gefässe d. Geh. b. Irres. 390.
Athymie 229.
Atmosphärische Einflüsse, Wirk. ders. 314. 327.
Atrophie d. Ganglienzellen b. Irres. 394. — d. Neuroglia b. dems. 396.
Atropin, Wirk. dess. a. d. zust. Verr. 91. 368.
Aufblähung d. Ganglienzellen, Befund b. Psychos. 395.
Aufmerksamkeit 106.
Aufnahme v. Erinnerungsvorst. gesteigert 115, herabgesetzt 120.
Augmentation d. fonct. intell. 192.
Ausfallserscheinungen nach Läsionen der Rinde d. Grosshirns 408. 409.
Ausgänge d. psych. Stör. 273. 287. — in Tod 292. — in unvollst. Heilung 290. — in vollst. Heilung 287. —, Theoretisches darüber 441. 444.
Averbeck 375.
Aversionen, krankh. 231.

Baillarger 141. 157. 280. 301. 315. 384. 385.
Balfour 301. 386.
Balzac 156.
Bamberger 78. 382.
Barkhausen 161. 165. 172.
Bartelink 211.
Bartels 133. 374.
Bartens 335.
Bartez 307.
Basedow'sche Krankh., Bez. z. psych. Stör. 371.
Basilarmeningitis, Bez. z. psych. Stör. 336.
Bastian 43. 44. 47. 51. 52. 53. 55.
Baume 384. 385. 400.
Bayle 19. 141.
Begehrlichkeit, krankh. 217 ff.
Begehrungen, intellectuelle 228. —, gesteigert 228. —, vermindert 231.
Begierden, krankh. 222 ff.
Beginn der psych. Stör. 276. —, allmählicher 276. —, plötzlicher 276.
Begriff der psych. Stör. 5 ff. Begriffe 106 ff.
Belastung, erbliche 315 ff. —, organische 315. —, Merkmale ders., „Belastungszeichen“ 324.
Belladonnavergiftung, Wirk. a. d. psych. Processe 368.
Benedikt 32. 33. 35. 84. 298. 252. 410.
Bérard 168.
Berger 184. 185. 344.
Bergmann 115. 128. 150. 198. 400.
Berkhan 308.
Bernhardt 408.
Beruf, Bez. z. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 312.
Berufssoldaten, Prädispos. ders. 312.
Berti 316. 320.
Bewusstlosigkeit 250.
Bewusstsein, alternirendes, doppeltes 128. 280. Anomalien des Bew. 248. Helligkeit des Bew., Schwankungen ders. 248.
Besinnen 114.
v. Bibra 401.
Bildungsfehler a. Körper, diagn. Bedeutung ders. 259.
Billod 30. 211. 237. 344. 348.
Bindegewebige Entartung der Hirngefässe b. psych. Stör. 398.
Bird 141. 162. 372.
Bizzarrerie 328.
Bleivergiftung, Stör. d. psych. Proc. bei ders. 369.
Blödsinn 263. 267. —, terminaler 13. 292.
Blut d. Irren, Beschaffenheit dess. 39.
Blutveränderungen, Bedeut. f. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 419. 433 ff.
Böcker 41.
Böhm 91. 367.
Böttger 404. 406.
Boll 398.
Bottex 141. 168.
Boucher 313.
Bouchut 30. 384. 385.
Bouillaud 407.
Boyd 25.
Brach 159. 162.
Brandstiftungstrieb 237.
Braun 408.
Brenner 36.
Brierre de Boismont 5. 61. 104. 141. 156. 169. 237. 301. 303. 314.
Broca 407.
Bromismus 370.
Browne 301. 305. 344.
Brosius 5. 62. 76. 104. 109. 115. 138. 197. 198. 200. 211. 314.
v. Bruns 125.
Buchner 367.
Buckle 43. 45.
Bucknill 4. 274. 301. 303. 307. 316. 357. 361.
Buhl 402.
Buissard 375.
Bummler und Vagabunden, Irresein ders. 313. 329. 332.
Burmann 371.
Burrows 315. 316. 318. 319. 320. 321. 322.
Buzorini 4. 61. 103.

Cabanis 40.
Calmeil 19. 43. 45. 53. 55. 57. 59.
Campbell 372.

Canstatt 315.
Capillaren d. Rinde, Embolie ders., Entartung u. s. w. 338.
Cardanus 156.
Carl, Herzog in Bayern 432.
Carus 250.
Casper 16.
Castrén 48.
Cazenave 354.
Centrale Reizung d. Hirnrindenelemente 423. —, Ausfall ders. 428.
Centren, motorische i. d. Hirnrinde 408.
Cerebrospinalmeningitis, Einfluss auf psych. Processe 353.
Chambeyron 90.
Champouillon 354.
Characteristica d. krankh. u. d. psych. Stör. 11 ff.
Charakter, Charaktereigenthümlichkeiten, epileptische 345. —, sonderbarer 316. 328. —, Veränderung desselb. b. psych. Stör. 261.
Charbonnier 268. 313. 330. 333.
Charcot 408.
Chatelin 308.
Chemie, pathol., Quelle d. allg. Psychopath. 39. —, Ergebnisse ders. bezügl. d. Gehirns b. psych. Stör. 43. 401.
Chemische Störungen der Hirnrinde als Urs. v. Psychos. 18.
Chéron 349.
Chiarugi 2. 4. 12. 239.
Chinin, Wirk. a. d. psych. Proc. 368.
Chloralhydrat, Wirk. a. psych. Proc. 367.
Chloride im Harn Geisteskranker 41.
Chloroform, Wirk. a. d. psych. Proc. 91. 367.
Cholämie, Bez. z. psych. Stör. 359.
Cholera, Bez. z. psych. Stör. 351. 353.
Chomel 229.
Chorea, Bez. z. psych. Stör. 338. 339. — magna 339. — des Willens 237.
Circuläres Irresein 26. 97. 280. 294. 324.
Circulation im Schädel 434. — in d. Hirnrinde 434 ff. —, Aenderungen ders. als Urs. psych. Stör. 434 ff.
Clapham 400.
Clarke, Lockhard 396. 398.
Clarus 374.
Classification d. Psychosen, ätiologisch 268. —, klinisch 268. — nach Verlauf u. s. w. 268. —, pathologisch-anatomisch 19. 269. —, psychologisch-symptomatisch 263.
Climacterium, Bez. z. Irresein 304. 305.
Cloquet 170. 171.
Clouston 25. 26. 27. 357.
Collapsdelirien 351.
Coma s. Koma.
Combe 318.
Combinationsfähigkeit, gesteigert b. Geisteskranken 192.
Combinirte Vorstellungsstörungen 178.
Complicationen d. Irreseins 284. — als Todesursachen 292.
Conklin 304.
Conolly 386.
Consistenzveränderungen der Hirnrinde b. psych. Stör. 391.
Constitution, nervöse 329.
Constitutionsanomalien, Bez. z. psych. Stör. 349.
Contagion, psychische 48 ff. 243. 327. 384. 385.
Conträre Sexualempfindung 53. 82. 232. 234. 330. —, temporäre 235.
Contrastassociation 180. — b. Entstehung von Wahnideen 209.
Convexitätsmeningitis, Bez. z. psych. Stör. 336.
Cordes 75. 384.
Corpora amylacea im Gehirn Geisteskranker 396.
Corticalis d. Grosshirns; s. Rinde des Grosshirns.
Couerbe 40.
Coxe 301.
Cramer 384. 385.
Crichton 4. 61. 103. 108. 115. 122. 124. 133. 210.
Cumulative Vererbung 321. — Wirkung d. Urs. psych. Stör. 302.
Curschmann 227. 230. 375. 377.
Cyklisches Irresein 97. 280. 294. 324.

Cysticerkenkrankheit d. Gehirns, Bez. z. Irresein 337.

Dämonie (völkerpsychol.) 55 ff.
Dämonomanie, Dämonomelancholie 56 ff. 205. 210. 265. 297. 341.
Dagonet 5. 61. 104. 133. 161. 192. 274. 288. 307. 316. 325. 361. 386.
Damerow 322. 323.
Danitsch 75.
Darmkrankheiten, Darmparasiten, Bedeut. f. allg. Aetiol. d. Geistesstör. 372.
Darwin 317.
Dauer d. psych. Stör. 15. 273; Einfl. ders. auf Prognose 294.
Dax 407.
Debout 373.
Defect, psychischer, als Ausgang v. Seelenstörung 12. 81. 290. 291. 292. 444.
Degenerationen d. Ganglienzellen b. psych. Stör. 392 ff. — der Neuroglia 395 ff. — d. Gefässe d. Hirnrinde 396 ff.
Degeneration, psychische, s. Entartung.
Degenerationszeichen 324.
Delasiauve 307. 344.
Delbrück 313. 314.
Délire émotif 237. — du toucher etc. 188.
Delirium acutum 285. —, allgemeines 245. —, ängstliches 246. —, aufgeregtes 247. — blandes 247. — des Collapses 351. — der Handlungen 219. — des Hungers 223. 247. — emotives, 237. —, erotisches 247. —, fixes 246. — furibundes 247. —, heiteres 246. —, heulendes 247. Inanitionsdelirium 223. 247. 351. —, mussitirendes 247. — nervosum 339. —, partielles 202. — placidum 247. —, ruhiges 247. —, schreiendes 247. —, sexuelles 227. 247. —, stilles 247. — traumaticum 2. 339. —, trauriges 246. — tremens 265. 363. 364; tr. d. Morphiumsucht 367. —, totales 245. — verschiedenen Inhaltes 247. —, wildes 247.
Delpech 361.
Dementia senilis 305.
Denis 39.
Denken, künstliches u. natürliches 179. —, Störungen 178 ff.
Denkprocesse, gefördert bei Irresein 192.
Depravation, ethische, s. Entartung.
Depressive Gemüthsbewegungen, Urs. v. Geistesstör. 382.
Descendenten Geisteskranker, Vererbung d. Disposition z. psych. Stör. auf solche 321.
Diabetes mellitus, Bez. z. Geistesstör. 358.
Diastrephie des Willens 237.
Diagnose d. psych. Stör. 251 ff. —, Einfluss d. Anamnese a. dies. 255. 261.
Diagnostik, allg. d. psych. Stör. 251 ff.
Dietz 141.
Diffuse Hirn- bezw. Hirnrindenerkrankungen als wesentl. Urs. d. psych. Stör. 19. 20. 269. 405.
Dipsomanie 224. 279.
Disposition s. Prädisposition.
Dittmar 281. 288. 403. 442. 443.
Dobrizhoffer 46.
Domrich 75. 91. 103. 115. 133.
Doppelhemisphäre, physiol. Bedeutung ders. 405. 406.
Doppelwahrnehmung 130.
Doppeltes Bewusstsein 128. 280.
Douleur moral 73.
Doutrebeute 316.
Drobisch 116.
Droste 141. 162.
Druck im Schädel, bezw. Gehirn 419. 433 ff. —, Regulirung dess. 434.
Dubuisson 61. 103
Duchenne 32.
Duhr 386.
Dummheit, Bez. z. psych. Stör. 270.
Dumont 316.
Duplicität d. Hemisphären physiol. Bedeut. 405. 406.
Dupuytren 170. 339.
Dura mater, Veränderungen b. psych. Stör. 388.

Durand-Fardel 305. 390. 398.
Durchschnittstyphus d. Geistesverfassung 9.
Duret 434.
Durham 413.
Duttenhofer 85.
Dyce 128. 129.
Dysphrenia neuralgica 269. 304. 340.
Dysthymia neuralgica s. Dysphrenia n.

Ecchevierria 344.
Ecker 397.
Eckhard 408.
Ehrhardt 219. 265. 267. 354.
Einbildung, Anomalien ders. 112. Einbildungsvorstellungen 104.
Einfall 114.
Einzelvorstellung 105.
Ekel, Anomalien dess. 71. 82. 102; s. auch Aversionen, Abscheu.
Elektrische React. d. Nerven u. Muskeln b. psychisch Kranken 34. — d. Gehirns 36.
Elementare Hallucination 159.
Elementarerscheinungen d. psych. Stör. 61. —, Werth ders. f. Diagnose 257. — f. Prognose 294. 295.
Elevation d. Bodens, Bez. z. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 314.
Ellinger 274. 377. 378.
Embolie d. Hirngefässe, Bez. z. psych. Stör. 338.
Empfindung als Quelle d. Vorstellung 104.
Empfindungshallucination 159. — spiegelung 130.
Enge des Bewusstseins 106.
Entartung (pathol.-anatom.) aneurysmat. d. Hirngef. 270. 338. 397.
Entartung, psychische 11. 99. 233. 239. 284. — bei chron. Alkoholismus 363. — bei Epilepsie 345. — in Folge v. Masturbation 376, als Folge von indiv. Prädisposition 329.
Entbindung, psych. Stör. während ders. 311.
Entbundene, psych. Stör. ders. 311.
Enthaltsamkeit, sexuelle, Bez. z. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 378.
Entwicklungsstörung, psychische, b. individuell Prädisponirten 11. 327 ff.
Epidemieen, sog. psychische 45 ff.
Epilepsie, Bez. z. Geistesstörung 338. 344 ff. —, Charaktereigenthümlichkeiten b. solcher 345. —, Degeneration, Entartung bei solcher 345. —, hereditäre Bezieh. z. Irresein 316. 317. 320. —, Irreseinsformen, epilept. 345. 346. 347. 348.
Erb 27. 370.
Erblichkeit der psych. Stör. 315 ff. —, directe 320. —, Einfluss beider Eltern 321. — der Mutter 320. — des Vaters 320. —, indirecte 320. —, Irresein bedingt durch solche (erbl. Irresein) 322. —, Eigenthümlichkeiten dess. 322 ff. —, Frequenz dess. 322.
Erethische Hallucination 160.
Erethismus mercurialis 369.
Erhebende Gemüthsbewegungen, Urs. v. psych. Störungen 383.
Erinnerung 104. —, Anomalien ders. 115. —, Schwäche ders. 115. —, spontane Erregung solcher 119. —, Verschärfung ders. 120.
Erinnerungssucht 116.
Erinnerungswahn 209.
Erinnerungstäuschungen 129. 195.
Erklärungsversuche d. Stimmungen als Ursache v. Wahnideen 209.
Erleichterung d. Anschauung 108. — der Association v. Vorstellungen 183. 193. — d. Erinnerung 120.
Erlenmeyer 23. 24. 39. 40. 62. 104. 223. 265. 274. 305. 355. 356. 357. 393. 395.
Ernährungsstörungen, Bez. ders. z. allg. Diagnose d. psych. Stör. 261; s. auch Constitutionsanomalien.
Erregbarkeit, elektr., der Corticalis 408. — d. Gehirns b. psych. Stör. 37. — d. Nerven u. Muskeln b. psych. Stör. 33 ff.
Erregung d. Rindenelemente durch centrale Reize 423. — durch periphesche R. 422. — durch Temperatur-

steigerung 428. — durch trophische u. respiratorische R. 428 ff. 433 ff. —, erregende Wirkung ders. auf andere El. 415. —, Hemmungswirkung auf andere El. 417.
Erscheinungen, elementare, d. psych. Stör. 61. —, Prognost. Bedeutung v. solchen 294. — von Seiten d. Nervensystems, diagnost. wichtig 298. —, prognostische Wichtigkeit ders. 298.
Erschöpfung, Todesurs. b. psych. Stör. 293. —, Theoretisches darüber 444.
Erschwerung d. Association d. Vorstell. 183. 199. — d. Erinnerung 120.
Erwartungsaffecte, peinliche 138.
Erweiterung, aneurysmat., d. Gehirngefässe b. psych. Stör. 270. 338. 397.
Erworbene Prädisposition 325.
Erziehung, Bedeut. in d. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 325. 326.
Esquirol 4. 23. 61. 103. 108. 111. 115. 144. 146. 147. 148. 149. 153. 158. 161. 166. 169. 172. 189. 201. 210. 224. 228. 237. 239. 244. 273. 287. 288. 301. 306. 307. 319. 325. 361. 378. 380. 382. 386. 406.
État mixte 8. 271. 329.
Étourderie 196.
Ettmüller 190.
Eulenburg 37. 223.
Excentricität 195.
Exacerbation i. Verlaufe psych. Stör. 279.
Excesse, sexuelle, Einfluss auf Prädisposition z. psych. Stör. 326. —, Urs. v. psych. Stör. 378.
Experimentalforschung, Quelle d. allg. psychopath. 42. —, Ergebnisse ders. am Gehirn 404 ff.
Exploration, persönl., Bedeutung ders. f. die Diagnostik psych. Stör. 255. 256.
Exner 37. 38.
Eyselein 130.

Fähigkeiten, geistige, Veränderung ders. b. psych. Stör. 261.
Falk 361.
Falret 4. 61. 104. 133. 152. 169. 274. 280. 344. 345. 346. 347. 348. 384.
Familienheirathen, Einfluss auf neuropathische Vererbung 318.
Fanatismus, Bez. z. Irresein 228. 270.
Farbenveränderungen d. Corticalis b. Irresein 390. 391.
Fechner 141. 155. 162.
Febrile Psychosen 268. 349 ff. — Temperatursteigerung, Einfl. a. d. Vorgänge in d. Rindenelementen. 428.
Ferrier 408. 409.
Ferrus 20. 313. 385. 405.
Fettige Degeneration d. Ganglienzellen b. Irresein, Fieber etc. 394. 428. — d. Gefässe 397.
v. Feuchtersleben 4. 61. 103. 108. 115. 129. 130. 133. 136. 177. 274. 301. 303. 316.
Fieber 378.
Fieberbewegungen b. Irren 27. —, Einfluss a. Prognose d. Geistesstör. 299. —, Einfl. a. d. Vorgänge in d. Rindenelementen 428. —, Fieberdelirien 161. 281. 286. —, psychosen 349 ff.
Fielding Blandfort 274. 301. 304. 307. 316. 386.
Finkelnburg 128. 211. 237. 384. 385.
Finkler 436.
Fischer 386.
Fixe Ideen 202.
Flemming 19. 61. 75. 274. 301. 314. 334. 335. 370. 372.
Flourens 21. 404. 406. 407.
Focke 274. 319.
Förster 395.
Folie d'action 237. — circulaire 26. 97. 280. 294. 324. — à double form 280. — du doute 184. — à formes alternes 280. — morale s. moral. Irresein. — raisonnante 194. 265. 271. 298. 343.
Forbes Winslow 115. 119. 128. 129. 274.
Forest 169.
Formanomalien d. Rinde als wesentl. Urs. psych. Stör. 18. — als pathol. anat. Befunde 392.

Fortschreiten der psych. Stör. 12. 276 ff. s. auch progressives Irresein.
Fothergill 20. 410.
Foville 158. 276.
Fragesucht, krankh. 184. 196.
Frerichs 401. 402.
Frese 62. 274.
Friedreich 4. 39. 40. 53. 55. 61. 103. 115. 122. 152. 192. 210. 225. 241. 273. 287. 288. 301. 305. 307. 309. 315. 316. 318. 344. 357. 361. 371. 372. 373. 374. 386. —, N. 153.
Frontalhirn, Bez. z. Intelligenz 407.
Fürstner 39. 42. 311. 337. 408. 409.
Functionelle Hallucination 160.
Functionsanomalien der Hirnrinde 18. — d. Nervensystems überhaupt, wichtig f. Diagnose d. psych. Stör. 259. 260.
Furor 237. — epilepticus 347. 348. — transitorius 286.

Galezowski 30.
Gall 21.
Ganglienzellen der Hirnrinde, Substrate der psych. Verrichtungen 6. —, Veränderungen ders. b. psych. Stör. 392. —, Verkümmerung ders. b. Neuropathischen 394. 421. —, Vorgänge, moleculare in dens. b. psych. Processen 412.
Gauster 354. 386.
Gebärende u. Neuentbundene, psych. Stör. ders. 311.
Gebirgsgegenden, Bez. z. Entstehung v. Cretinismus 314.
Geburtsakt, psych. Stör. während u. nach dems. 311.
Gedankenflucht, -jagd 195.
Gedächtnissschwäche 120. — -verschärfung 115.
Geerds 386.
Gefässe d. Hirnrinde, Veränd. ders. b. psych. Stör. 396. —, Widerstandsfähigkeit ders. geschwächt b. Prädisponirten 421.
Gefangenschaft Einfluss auf Stör. d. psych. Proc. 313.
Gefängnisswahn 313.
Gefühle, ästhetische 64. —, Einfluss ders. a. Vorstellungsverlauf 107. 137. 180. 191. —, intellectuelle 64. —, sinnliche 64.
Gefühlsanomalien 61. 62. —, combinirte 95. — perversitäten 95. 98.
Gehirn s. Hirn.
Gehörsempfindungen 105. — Bez. z. Vorstellungen 143. — Localisation 409. —, subjective, Bez. z. Phantasmen 164.
Geisteskrankheiten im Gegensatz z. Gemüthskrankh. 21.
Geistesstörung s. Irresein.
Gelegenheitsursachen d. psych. Stör. 334.
Gelenkrheumatismus, Bez. z. psych. Stör. 353.
Gelpke 408.
Gelüste, perverse 233. 234.
Gemeingefühl 63.
Gemüthslosigkeit, Gemüthsstumpfheit 98. —, gemüthliche Analgie 83. —, Hyperalgie 71. —, Gemüthskrankheiten im Gegensatz z. Geisteskrankh. 21.
Géneau de Mussy 304. 305.
Genesung v. Irresein 287. —, langsame 288. —, Kriterien ders. 289. —, Theoretisches über dies. 444. —, unvollständige 290. 444. —, vollständige 287. 444.
Genialität, falsche 10. — Bez. z. Irresein 328.
Genitalien, abnorme u. krankh. Zust. ders., Bedeut. für allg. Aetiol. 375. —, Bildungsfehler diagnost. wichtig 259. 325.
Genussmittel, Gier nach solchen, krankh. 222. 224. —, excessiver Gebrauch, Bedeut. f. allg. Aetiol. 361. 365 ff.
Genth 41.
Georget 4.
Gerhardt 338. 371.
Geruchsempfindungen 143. —, subjective, Bez. z. Phantasmen 167 ff. — -hallucinationen 167. — -illusionen 151.

Geschlecht, Einfl. auf Prädispos. z. psych. Stör. 309. — auf Prognose d. Irreseins 299. —, weibliches besonders prädisponirt z. erbl. Seelenstör. 321.
Geschlechtstrieb, frühe erwachend bei Prädisponirten 328. —, gesteigerter 225. 227. — periodisch gesteigert 226. —, Perversion dess. 234. —, verminderter 230.
Geschlechtsverwandlung, völkerpsych. 53. —, Wahnform 53. 206.
Geschmacksempfindungen 143. —, subjective, Bez. z. Phantasmen 171. — -hallucinationen 171. — -illusionen 152.
Geschwülste d. Gehirns s. Hirntumoren.
Gesichtsempfindungen 143. —, subjective, Bez. z. Phantasmen 161. — -hallucinationen 160. — -illusionen 148.
Gesundheit, psychische u. Krankheit. Grenze zwischen beiden 8. — -sbreite, psychische 9.
Gewöhnung, associative 106.
Gibson 25.
Giftangst, Form d. Zwangsvorst. 188.
Gifte s. Intoxicationen.
Giraud-Teulon 55.
Gmelin 128.
Goethe 156.
Golgi 301. 396. 398.
v. Goltz 404. 409. 411.
Golubew 435.
v. Gorup-Besanez 401.
Gouvernanten, Prädispos. ders. zu psych. Stör. 312.
v. Gräfe 30.
Graigner-Stewart 316. 372. 373.
Gratiolet 175.
Greding 308.
Grenze, Grenzgebiet zwischen psych. Gesundheit u. Krankheit 8. 271.
Griesinger 2. 4. 12. 13. 19. 25. 31. 36. 46. 56. 61. 67. 68. 69. 73. 75. 76. 79. 81. 96. 99. 103. 108. 115. 149. 165. 168. 174. 175. 177. 184. 186. 189. 192. 196. 198. 209. 211. 217. 220. 223. 234. 236. 238. 252. 261. 266. 267. 271. 274. 287. 288. 290. 301. 303. 307. 309. 313. 315. 316. 318. 324. 325. 329. 337. 338. 340. 344. 348. 354. 357. 361. 370. 372. 378. 380. 382. 386.
Grössenwahnvorstellungen 206. 207.
Grohe 401. 402.
Grosshirn, elektr. Reaction b. psych. Stör. 36. —, Exstirpation beider Hemisphären dess., Folgen 404. —, Localisation einzelner Funct. in dems. 407. —, Sitz der psych. Verrichtungen 6. 404. 405. S. auch Hirn.
Grübelsucht 184.
Gudden 325.
Güntz 25. 305. 308. 309. 386. 396.
Guggenbühl 308.
Guislain 4. 12. 16. 61. 69. 73. 193. 220. 239. 241. 252. 273. 285. 287. 288. 301. 303. 316. 325. 335. 361. 378. 380. 382. 386.

Hämatom d. Dura mater, Bez. z. psych. Stör. 20. 337.
Hämorrhagie des Gehirns, Stör. d. psych. Proc. bei u. nach ders. 337.
Häser 43. 48. 53.
Hagen 4. 61. 103. 139. 140. 141. 143. 149. 157. 161. 163. 166. 169. 209. 285. 293. 316. 320. 374. 379. 386. 411.
Haller 232. 316.
Hallucination, Hallucinationen 135. 144. 153 ff. —, abstrakte 157. —, Auftreten b. elektr. Reizg. d. Gehörorgane 36. 167. —, Bez. z. Gefühlen 424. —, Bez. z. Illusionen 175. —, Bez. z. subj. Empfindungen 161. 164. 167. 171. 173. —, elementare 159. — der Empfindung 159. —, erethische 160. 424. 425. —, functionelle 160. — des Gehörs 36. 164. — d. Geruchs 167. d. Geschmacks 171. — d. Gesichts 160. — d. Getastes, d. Tastapp. 173. —, physiologische 155. —, Pseudohall. 157. —, psychische 157. —, Reflexhall. 160. —, stabile 160. —, wechselvolle 160. —, willkürliche 155. —, Wüstenhalluc. 164.

Hallucinatorisches Irresein 257. 311.
Hammond 41.
Handfield-Jones 375.
Harn b. psych. Stör. 40 ff.
Harnstoff im Gehirn b. Krankh. 402. — im Harn b. psych. Stör. 41.
Hartmann 225.
Haschisch, Einfl. a. psych. Proc. 368.
Haslam 115.
Hautkrankheiten Bez. z. psych. Stör. 375.
Hawkes 25. 301.
Hecker 43. 45. 48. 49. 50. 51. 53. 55. 59. —, E. 268. 269. 273. 274. 281. 283. 299. 306.
Hebephrenie 97. 268. 269. 273. 281. 283. 299. 306.
Hedonie, psych. 66. 90.
Heilbarkeit d. psych. Stör. 293.
Heilung d. psych. Stör., Kriterien ders. 289. — mit Defect 290. — vollst. 287. — unvollst. 290.
Heidenhain 413.
Heindorf 4. 61. 108. 115. 210.
Heinroth 4. 61. 210.
Helligkeit des Bewusstseins, Schwankungen dess. 248.
Helminthiasis Bez. z. psych. Stör. 373.
Helmholtz 154.
Hemisphären d. Grosshirns, Erkrankungen der Rinde ders. als wesentl. Urs. d. psych. Stör. 6. 18. 271. 440. —, Verlust beider, Folgen 404, einer 20. 405.
Hemmung d. Verlaufs u. d. Associat. d. Vorst. 183. 199.
Henke 190.
Henle 5. 21. 61. 155. 170. 301.
Henoch 307.
Herdartige Hirnkrankheiten Bez. z. psych. Stör. 19. 337.
Heredität s. Erblichkeit, Vererbung.
Hereditäre Geistesstörung s. erbliche Geistesstörung.
Héréditie progressive morbide 317. 319.
Hering 113.
Hermann 408.
Herodot 53.
Hertwig 404.
Hertz 274.
Heschl 393. 395.
Hibbert 149.
Hinterlappen d. Grosshirns, Bez. z. Empfindungen 408. 409. — z. Gefühlen 20. 410. — z. Wahrnehmungen 410.
Hippokrates 53.
Hirn, chemische Veränderg. dess. in Krankh. 399. 401. —, Circulation in dems. 484 ff. —, Corticalis dess. s. Rinde d. Grosshirns. —, Cysticerkenkrankheit dess. 337. —, elektrische Reaction dess. b. psych. Stör. 36. —, Hemisphären d. Grossh. s. Hemisphären. —, Localisation einzelner Funct. in dems. s. Localisation. —, Krankheiten dess. Bez. z. psych. Stör., diffuse 19. 20. 269. 405, herdartige 19. 337. —, reizbare Schwäche dess. 329. —, Sklerose dess., multiple 337.
Hirnabscess 337. — arterienembolie 338. — capillaren, Embolie, Entartung, aneurysmat. ders. 338. — hämorrhagie 337. — hypertrophie 337. — sinusthrombose 338. — sklerose 338. — tumoren 338.
Hirsch 43. 47. 48. 49. 51. 55. 164.
His 398.
Hitchman 386.
Hittorf 39. 40.
Hitzig 392. 408. 409.
Högström 48.
Hofbauer 384.
Hoffmann 344. 393. 394. 398.
Hohnbaum 62. 185. 186. 187. 243. 252. 315.
Hood 39. 40.
Hopf 191.
Horwicz 181.
Howden 386.
Hubrich 394.
Hufeland 239.
Huguenin 91. 92. 334. 335. 336. 337. 382. 393. 394. 395.
Hummerich 344.

Hundswuth d. Menschen, psych. Stör. dabei 353.
Hungerdelirien 223. 247.
Hungersnoth, Bedeut. f. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 314.
Huppert 39. 42. 129. 312. 406.
Hurel 313.
Husemann 224.
Huss 361.
Hydrocephalus chron., Bez. z. psych. Stör. 337.
Hydrophobie 231. 232. 280.
Hydrothionämie, Wirk. a. psych. Processe 359. 360.
Hyoscyamus, Wirk. a. psych. Processe 368.
Hyperaphe, Hyperaphia 108.
Hyperämie, active d. Geh., Bez. z. psych. Stör. 390. 436. —, passive, Bez. z. psych. Stör. 390. 437 ff.
Hyperästhesie, psych. 66.
Hyperalgesie, psych. 71.
Hyperalgie, psych. 14. 66. 69 ff.
Hyperbulie 14. 237.
Hyperhedonie 66. 87.
Hypermetamorphose 109.
Hypermnesie 115.
Hyperphantasia 136.
Hypertrophie d. Gehirns 337. — d. Neuroglia b. psych. Stör. 395. — d. Schädels 388.
Hypochondrie 349.
Hypochondrische Wahnvorstellungen u. Wahnformen 205. 207.
Hypothesen, ängstliche (Zwangsvorstellungen) 187.
Hysterie, abnormer psych. Zust. bei solcher 342. —, Abulie b. solcher 342. acute 343. —, acutes Irresein b. solcher 343. —, chronisches Irres. b. solcher 343. —, hereditäre Beziehungen ders. z. Geistesstörung 316. 317. 320. —, primäre Verrücktheit b. ders. 344.

Jaffé 401. 402.
Jackson, Hugl. 344. 408.
Jacobi 19. 198. 219. 357.
Jactation 221. — als Todesursache 293.
Jahreszeiten, Einfl. auf Prädispos. z. psych. Stör. 314.
Jastrowitz 395.
Icterus, choläm. Hirnerschein. b. dems. 359.
Ideenassociation s. Association d. Vorst.
Ideen, fixe 202.
Ideenflucht, Ideenjagd 195. —, Grade ders. 197. —, Bez. z. Anschauung 195, z. Erinnerungstäuschungen 195, z. Fragesucht 196, z. Phantasievorstellungen 196.
Ideensprünge 197.
Ideenverknüpfungen, excentrische 195.
Ideler 18. 43. 45. 48. 98. 189. 190. 211. 233. 273. 301. 307. 312. 325. 361. 382.
Idiotismus 11. 268. 323. — des Fühlens 330. —, moralischer 330.
Jehn 29. 30.
Jensen 129. 130. 132. 274. 406.
Jessen 4. 61. 85. 115. 128. 129. 187. 189. 196. 197. 198. 210. 226. 232. 250. 267. 273. 301.
Illusion, Illusionen 135. 144. —, Bez. z. Hallucination 175. — d. Gehörs 150. — d. Geruchs 151. — d. Geschmacks 152. — d. Gesichts 148. — d. Tastapparates 152. —, phantastische 145. —, physiologische 145.
Impotenz, Einfluss a. d. psych. Leben 379.
Impulse, krankhafte 232. 235. — diagnostisch wichtig 258.
Impulsives Irresein 235. 236. 237.
Inanitionsdelirien 351. s. a. Hungerdelirien.
Incohärenz d. Ideen, Vorstellungen 196. s. a. Ideenflucht.
Incubation d. psych. Stör. 276.
Inhalt, falscher d. Vorstellungen 204 ff. — d. Wahnvorstellungen 205. 206. —, depressiver 205. —, erhebender 206.
Initialmelancholie b. psych. Stör. 12. 274. 276.
Insania occulta 272.

Insolation, Bez. z. Irresein 335.
Insomnium s. Schlaflosigkeit.
Inspiration (völkerpsychologisch) 55.
Instinkte, sog. angeborene 113. 211.
Instinktives Irresein 235.
Integritätsgefühl d. Amputirten 113.
Intelligenz, Irresein ders. 203. — Störung 21. 203.
Intermission i. Verlaufe d. psych. Stör. 279.
Intermittirende Psychosen (periodische) 279.
Intervalla lucida 279.
Intoxicationen, Bez. z. Irresein 360 ff.
Invasionsstadium d. psych. Stör. 277.
Jodismus, Bez. z. psych. Stör. 370.
Joffe 32. 393.
Johannistanz 48.
Jolly 32. 36. 67. 69. 87. 103. 142. 167. 194. 261. 312. 341. 343. 344. 355. 365. 374. 393. 394. 395. 426. 438.
Joret 313.
Irradiation der Erregungen in d. Hirnrinde 422 ff.
Irrdenken 203.
Irresein, Irreseinsformen, ätiologische 268. —, acutes 16. —, alkoholisches 268. 304. 362 ff. —, chronisches 16. — b. Constitutionsanomalien 349. —, circuläres, cyklisches 26. 97. 280. 294. 324. —, epileptisches 345 ff. —, erbliches 322 ff. — d. Greisenalters 305. —, hallucinatorisches 257. 311. —, hysterisches 343 ff. —, impulsives, instinktives 235 ff., — b. Intermittens 354. Jugend — s. Hebephrenie. — d. Kinder 307 ff. — klimakterisches 304. — b. Lactation 268. 311. —, masturbatorisches 268. 377. —, menstruelles 310. —, neuralgisches 268. 339. —, pellagröses 355. —, periodisches 279 f. Pubertäts — 307. —, puerperales 268. 304. 310. — b. Schwangerschaft 310. —, seniles 305. — b. Syphilis 355. —, toxisches 268. 286. 359. —, transitorisches 286. 441. 442. — b. Tuberkulose 357. s. auch Psychosen, Folie.
Irrthum d. Gesunden, Bezieh. z. Irresein 14. 202. 209.
Irritabilität nervöser Apparate, verändert b. psych. Stör. 61.
Itard 164. 190.
Jumperei 48.
Jung 316. 318. 319. 320. 321. 323. 325. 385.

Kahlbaum 97. 110. 135. 138. 141. 142. 145. 146. 148. 149. 157. 159. 160. 162. 165. 166. 167. 174. 175. 176. 231. 263. 264. 268. 269. 274. 275. 276. 278. 281. 282. 283. 299. 306. 307. 338. 411.
Karrer 371.
Katatonie 209. 281.
Kaupp 41.
Kelp 188. 308. 309. 335. 374.
Kemme 85.
Kernwucherung in d. Ganglienzellen b. psych. Stör. 394. — in d. Gefässwänden 397.
Kieser 4. 150. 211. 252. 315. 329.
Kinderfahrten (völkerpsychol.) 59.
Kinderpsychosen 307 ff.
Kindesalter, Bez. z. allg. Prädispos. z. psych. Stör. 307.
King 39.
Klima, Einfl. a. Prädispos. z. psych. Stör. 314.
Klimakterisches Irresein 304. 305.
Klinische Methode d. Diagnostik in d. Psychiatrie, klinische Irreseinsformen 268. 269.
Knop 190. 211. 237. 330.
Körnchenzellen, Vorkommen im Gehirn Geisteskranker 396.
Köstl 30.
Köppe 31. 36. 334. 340. 341.
Körpergewicht, Verhalten b. Irresein 23 ff. —, Bedeutung s. Diagnose d. psych. Stör. 261. —, Bedeutung b. Diag. d. Genesung 290. —, prognost. Bedeut. 299.
Körperliche Störungen b. Irresein 284. —, Bedeut. f. Diagnose d. Irres. 259 ff. —, Bedeut. f. Prognose 298. — f. Diagnose zweifelh. psych. Zust. 271.

Kohlenoxydvergiftung, psych. Stör. bei u. nach ders. 360. 361.
Kohlensäurevergiftung, Einfl. a. psych. Processe 91. 360.
Koma 250. –, febriles 350. —, Theoretisches darüber 430.
Kopfmessung, Bedeut. in d. allg. Psychopathol. 25.
Kopfverletzungen, Bez. z. Irres. 334.
Koprophagie 102. 233. —, prognost. Bedeutung 296.
Koster 268. 313. 329. 384. 385.
Kränklichkeit, psychische b. Prädisponirten 327.
Kräpelin 349.
v. Krafft-Ebing 25. 27. 62. 67. 68. 69. 75. 83. 93. 98. 100. 108. 109. 111. 115. 141. 151. 187. 192. 211. 224. 226. 230. 232. 235. 236. 252. 274. 275. 282. 286. 290. 304. 305. 306. 330. 334. 335. 340. 341. 344. 347. 349. 354. 361. 362. 365. 375. 377. 378.
Krankhafte Antriebe, Impulse 232. 235.
Krankheit, psych. s. Irresein.
Krankheiten, org. d. Gehirns, Bez. z. Irresein 336. — d. Gemüthes 21. — d. Geistes 21. — d. Verstandes 21. —, acute und fieberhafte, psych. Stör. bei solchen 349. — einzelner Organe, Bez. z. psych. Stör. 370. — d. Darmes 372. — d. Genitalien 375. — d. Haut 375. — d. Herzens 371. — d. Leber 374. — d. Lunge 370. — d. Magens 372. — d. Nebennieren 374. — d. Nieren 374. — d. Rückenmarks 370. — d. Rinde d. Grosshirns b. ps. Stör. 6. 18. 269. 271. 390 ff. 440.
Krankheitsanlage, psychische 301. 315. —, angeborene 315. —, erbliche 315. — erworbene 315.
Krankheitsgefühl b. psych. Stör. 11. 254.
Krankheitsprocess, psychischer 13. 273 ff. 329. 441.
Krankheitszustand, psychischer 13. 266. 273 ff. 329. 441.
Krankheitszeichen, psychische 252. —, indirecte 253. —, objective 254. subjective 253.
Krause 25.
Krieg, Bedeutung f. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 312. 313.
Krisen i. Verlauf d. psych. Stör. 278. 287.
Kriterien d. psych. Stör. 11 ff. — d. Genesung von solcher 289.
Küchenmeister 337.
Kühne 401.
Kuhn 55.
Kussmaul 128. 239. 243. 244. 369.

Lactationspsychosen 268. 311.
Lähr 337.
Lagardelle 115. 361.
Lallemant 379.
Langermann 4.
Langwieser 129.
Landenberger 75.
Lappenkrankheiten d. Grosshirns, Bez. z. psych. Stör. 20. 404 f.
Laryngoskopie, Ergebnisse ders. b. Irren 32.
Lasègue 384.
Lasseigne 40.
Latenz d. psych. Stör. 272.
Lauder-Lindsay 39.
Launenhaftigkeit, Bez. z. psych. Stör. 329.
Laycock 115.
Lazarus. 43. 44. 47. 132. 142. 155. 160. 179. 185.
Lebensalter, Einfl. a. allg. Prädispos. z. psych. Stör. 303 ff. —, a. Prognose d. ps. Stör. 299.
Lebensverhältnisse, Einfl. a. allg. Prädisp. z. psych. Stör. 312. — auf Prognose ders. 300.
Lebensperioden, Bez. z. Prädispos. z. psych. Stör. 304 ff.
Leberkrankheiten, Bez. z. Irresein 374.
Lebert 5.
Ledigsein, Einfl. a. allg. Prädisp. z. psych. Stör. 379. —, erbl. Geistesstörung begünstigend 321.
Legrand du Saulle 46. 62. 69. 83. 96. 184. 185. 195. 211. 226. 230. 237.

316. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 384. 385.
Lehrerinnen, Prädisposition bei denselben 312.
Leichtenstern 372.
Leidenschaften 228. —, Willensschwäche bei solchen 243.
Leidenschaftlichkeit, Bez. z. psych. Stör. 270.
Leidesdorf 5. 32. 61. 104. 275. 301. 316. 323. 344. 345. 346. 347. 348. 371. 373. 393. 395. 397.
Leidseligkeit 98.
Leitungsbahnen, Reizung ders., Einfl. auf Rindenelemente 419. 422.
Lélut 141.
Leptomeninx, Veränd. ders. b. Irresein 389.
Lethargie, Lethargus 250. 350.
Leube 372.
Leubuscher 5. 43. 53. 55. 57. 141. 147. 149. 155. 168. 169. 175. 211. 233. 273. 315.
Leucin im Gehirn b. Krankheiten 402.
Leupold 4. 210. 237.
Leuret 4. 103. 141. 158. 164. 171. 192. 195. 197.
Levinstein 224. 366. 367.
Liebermeister 26. 349. 350.
Liégey 354.
Liman 271.
Lipopsychie 249.
Lisle 379.
Lislet 274.
Literatur z. allg. Psychopathologie 4.
Localisation d. Grosshirnfunctionen 20. 407. — d. Bewegungsimpulse 410. — d. Empfindungen 409. — d. Gefühle, d. Gemüths, d. Moral 410. — d. Intelligenz 20. 410. — d. Wahrnehmungen 410. — d. Phantasmen 411.
Lockhard-Clarke 396. 398.
Löwenhardt 25. 26. 28. 396. 397.
Lombroso 23. 24. 25. 35. 39. 40. 41. 226. 235. 355.
Lotze 5. 9. 97. 115. 192.
Louyer-Villermay 225. 226. 227.
Lower 39.
Lubimoff 393. 395. 396. 397.
Lucida intervalla 279.
Ludwig 29. 30.
Lues s. Syphilis.
Lüsternheit, krankhafte 222.
Lunier 314.
Lungenentzündung Bez. z. psych. Stör. 353.
Lungenkrankheiten Bez. z. psych. Stör. 370.
Lustgefühle, Anomalien ders. 85 ff. —, gesteigerte Erreglichkeit 87. —, herabgesetzte E. 92. —, perverse 101. —, spontane Krankh. 90.
Lust, spontane, psych. 90.
Lykanthropie (völkerpsychol.) 54. 153.
Lymphräume, perivasculäre d. Gehirns, Anomalien dess. 398.
Lypemanie 73.
Lysis d. psych. Stör. 278. 288.
Lyssa humana, psych. Stör. b. ders. 219. 353.

Maass 274.
Macario 354.
Mach 37.
Maffei 224. 230. 308. 317. 319.
Magendie 404.
Magenkrankheiten Bez. z. psych. Stör. 372.
Magnan 398.
Major 393. 394.
Makrokephalie 259. 387.
Makroskopische Veränderungen d. Hirnrinde b. psych. Stör. 18. 390 ff.
Malabouche 374. 375.
Maladies de la volonté 237.
Mandelstamm 30.
Mandon 190.
Mania, Manie 263. 265. — Arten ders. 265. — acutissima 286. — a potu 362. — brevis 286. — d. Säufer 365. — ebriosa 362. — ephemera 286. — epileptica 265. 347. — instinctive 237. — occulta 272. —, raisonnirende 194. 265. 271. 298. 343. —, senile 305. — — sine delirio 237. — subita 286. —, transitorische 286.
Manque d'ésprit de conduite 197.

Marc 133. 141. 211. 325. 378.
Marchal (de Calvi) 187.
Maresch 226.
Maret 384.
Marksubstanz d. Grosshirns, Veränderung ders. bei psych. Kranken 389.
Martini 138.
Marzars 232.
Masern, Bez. z. psych. Stör. 353.
Masturbation Einfl. u. Prädispos. z. psych. Stör. 326. —, Sympt. centraler Störung, psychopath. Prädisp. 227. —, Urs. psych. Stör. 376 f. — masturbator. Irresein 268. 377.
Maudsley 5. 61. 104. 133. 176. 211. 241. 252. 271. 274. 301. 303. 304. 316. 325. 329. 330. 383.
Maury 48.
Mayer, A. 142. 159.
Mayer, Louis 230. 304. 305. 341. 379.
Medicinische Physik, als Quelle d. allg. Psychopathologie 23.
Medicus 144.
Melancholia, Melancholie 263. 264. —, Arten ders. 264. — activa agitans 220. 265. — ambulatoria 220. — attonita 265. —, einfache 264. — errabunda 220. — initiale d. psych. Stör. 12. 274. 276. — occulta 272. —, passive 265. —, prodromale 12. 274. 276. — d. Säufer 365. —, senile 306. —, transitorische 286. — Bez. von Stauungshyperämie u. Anämie d. Gehirns zu solcher 439.
Melancholische Wahnideen im Allg. 205. — im engeren Sinne 205.
Mendel 25. 27. 28. 39. 41. 330.
Meningitis basilaris, Bez. z. psych. Stör. 336. — ceresbrospinalis, Bez. z. psych. Stör. 353. — d. Convexität, Bez. z. psych. Stör. 336.
Menstruation, Anomalieen ders., Bedeutung f. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 379. —, Irresein bei ders. (menstruelles Irresein) 310.
Merie 367.
Merkel 91.
Merkmale d. erbl. Belastung 324. — d. psych. Stör. 12 ff.
Metamorphose, völkerpsychol. 53 ff. —, Wahnform 206.
Meschede 184. 185. 308. 309. 390. 391. 393. 394.
Methode d. psychiatr. Unterrichts 1. —, klinische in d. Psychiatrie 268. 269.
Meyer-Ahrens 47.
Meyer, L. 20. 23. 24. 25. 27. 31. 35. 62. 126. 141. 226. 232. 270. 292. 318. 325. 335. 336. 338. 339. 343. 388. 391. 394. 395. 396. 397. 407.
Meynert 20. 62. 211. 252. 285. 391. 393. 394. 395. 400. 407. 410. 411. 412. 420. 436. 437. 443. 445.
Michéa 157. 170.
Mickle 25.
Mikrocephalie 259. 387.
Mikroskopische Veränderungen d. Hirnrinde bei psych. Stör. 18. 392.
Mildner 371.
Militärpersonen, Prädisp. z. psych. Stör. bei solchen 312.
Mischungsanomalieen d. Hirnrinde Bez. z. psych. Stör. 18. — d. Gehirns b. Krankheiten 401.
Mitivié 316.
Moleculararbeit der Ganglienzellen, positive u. negative oder äussere und innere 412 ff.
Monomanie 20. 237. —, arglistige 241. —, instinktive 237. — Mord-, Selbstmordmanie 237.
Monti 30. 31.
Moos 165.
Moral insanity, moralisches Irresein, moralischer Schwachsinn 69. 84. 306. 330. — b. Greisen 306. — in der Pubertätszeit 307.
Morbus Addisonii Bez. z. psych. Stör. 374. — Basedowii Bez. z. psych. Stör. 371.
Mordsucht, Mordtrieb 237. 279.
Moreau 8. 62. 104. 121. 271. 274. 315. 319. 322. 323. 328. 329. 341.
Morel 5. 13. 69. 104. 115. 192. 211. 237. 301. 303. 304. 305. 307. 316. 317. 319. 322. 323. 324. 325. 329. 338. 344. 345. 346. 348. 349. 361. 382. 385. 386.
Morgagni 12.

Moria 219. 265. 267.
Morositas ebriosa 363.
Morphium, Einfl. a. psych. Proc. 365. — sucht 224. 366; Del. tremens ders. 367. Erscheinungen d. Abstinenz bei solcher 367.
Morphologische Anomalieen b. psych. Gestörten, Bedeut. f. Diagnose d. Irreseins 259.
Mosler 41.
Müller, J. 141. 156.
Müller, W. 402.
Mugnier 349.
Multiple Sklerose d. Gehirns, Bez. z. psych. Stör. 337.
Munk 409.
Mystiker, Irresein ders. 268. 313. 330. 333.

Nachtwandeln 249. 280.
Nachwirkungen fieberhafter Krankheiten, psych. Stör. in Folge ders. 352. 430.
Nahrungsbedürfniss, gesteigert 222, vermindert 229.
Nahrungsmittel, verdorbene, Vergiftung durch solche, Bez. z. psych. Stör. 361. 368.
Nasse 19. 23. 24. 62. 274. 288. 312. 361. 365. 374. 384. 385. 400. 401.
Nationalität, Bez. z. allg. Prädisposition z. psych. Stör. 303.
Naturmenschen, Denken ders. etc. (völkerpsychol.) 45 ff.
Nebenbildwahrnehmung 148.
Nervenverletzung, Bez. z. psych. Stör. 339.
Nervöse Constitution 329. — nervöses Delirium 339. — Temperament 329. — nervöser Zustand 329. — nervöse Symptome b. psych. Stör., wichtig f. Diagnose 260. — f. Prognose 298.
Neubildung v. Gefässen in d. Rinde b. psych. Stör. 397. — v. Neuroglia 395. — im Gehirn, Bez. z. psych. Stör. 338.
Neuentbundene, psych. Stör. b. solchen 311.
Neukomm 401. 402.
Neumann, H. 4. 12. 76. 83. 103. 104. 108. 109. 129. 130. 132. 140. 143. 152. 174. 192. 194. 196. 201. 218. 220. 226. 261. 290. 298. 301. 307. 357. 373. 378. —, K. G. 4. 103. 108. 210. 237.
Neuralgie, Bez. z. psych. Stör. 339. 340. —, Einfl. auf Entstehung von Wahnvorstellungen 210. — Neuralgisches Delirium 339. — Neuralgische Dysphrenie, Dysthymie 268. 339.
Neuroglia, Veränderungen ders. bei psych. Stör. 395.
Neurosen, Bez. z. psych. Stör. 338.
Neurosis spasmotica 329.
Nicolai 156. 159.
Niedere Stämme, Denken ders. (völkerpsych.) 45. —, Mangel an Stirnhirn 410.
Niemetschek 30.
Nièpce 119.
Nierenkrankheiten Bez. z. psych. Stör. 374.
Nötel 75.
Nosologie, allg. d. psych. Stör. 3. 5 ff.
Νόσος θήλεια 53.
Nostalgie 383.
Nothnagel 344. 408. 426. 434.
Noyes 30.
Nymphomanie 226. 265.

Obernier 25. 387. 388.
Obersteiner 32. 38. 370. 395. 396. 399.
Obliteration d. perivascul. Räume b. psych. Stör. 399.
Occipitallappen d. Grosshirns, Bez. z. Empfindungen 408. 409. — z. Gefühlen 20. 410. — z. Wahrnehmungen 410.
Oesterlen 317.
Ogier-Ward 128. 129.
Ohren, Verbildung ders., Bedeut. für indiv. Prädisp. z. psych. Stör. 259.
Onanie s. Masturbation.
Ophthalmoskopie, Ergebnisse ders. b. psych. Kranken 29.
Opium, Einfl. a. psych. Processe 365. — vergiftung, chronische, Opiophagismus 366.

Organische Krankh. d. Gehirns, Bez. z. psych. Stör. 336. 337.
Originalität, Bez. z. psych. Stör. 328.
Osteoporose d. Schädels b. chron. Irresein 388.
Otoskopie, Ergebnisse ders. b. psych. Gestörten 31.

Pachymeningitis haemorrh., Bez. z. psych. Stör. 337.
Pantophobie 47 ff.
Paradoxie des Willens 237.
Paralgie, psychische 75.
Paralysis progrediens 13. 219. 283. 391 ff.
Parchappe 303. 386. 390. 400.
Pareidolie 148.
Parigot 211. 237.
Parish 313.
Partielle Delirien 202.
Pascal 161.
Pathogenese, allgemeine, d. psych. Stör. v. theoretischem Standpunkte aus noch unmöglich 419.
Pathognomonische Zeichen des Irreseins, fehlend 252.
Pathologischer Affect 15. 286.
Pathologische Anatomie, allg. d. psych. Stör. 3. 42. 43. 386. — Physiologie, allg. d. psych. Stör. 3. 386. 402.
Pathologischer Rausch 286. 362.
Patterson 141.
Paulmier 308.
Pearson 369.
Pellagra, Bez. z. psych. Stör. 355.
Pelman 115. 122. 263. 275. 292.
Pensionäre, Prädispos. z. psych. Stör. bei dens. 312.
Perfect 315.
Periodisches Irresein 279.
Peripherische Erregungen, Einfl. auf d. Vorgänge in d. Ganglienzellen, Theoretisches darüber 422. —, Ausfall von solchen 427.
Perivasculäre Räume d. Hirns, Veränd. ders. b. psych. Stör. 398.
Persönlichkeitskrankheiten 203.
Personenverwechselung 149.
Perversitäten d. Gefühle 95. 98. — d. Begehrungen, Triebe 233 ff.
Pervigilium 249.
Peschel 43. 45.
Pestalozzi 397.
Pflüger 412.
Phantasie, Anomalien ders. 133. —, Einfluss auf Bewegungen 221. —, gesteigert b. Kindern, Kranken, Naturmenschen 46. —, krankhaft gesteigert 136. — -Mangel 176. — -Vorstellungen 104. 105.
Phantasmen 135. 136. 141. — d. Gedächtnisses 130. —, Localisation ders. 411. — mehrerer Sinne 174. —, wichtig f. Diagnose d. Irreseins 257.
Phantastische Apperception äusserer Eindrücke 146 ff. — subjectiver Empfindungen 161 ff.
Phantastische Illusion 145.
Phenacismen 145.
Phosphorgehalt des Gehirns bei Geistesstör. 40. 401. — d. Harns b. Irresein 41.
Phrenalgie 73.
Phrenolepsia erotematica 184.
Phrenologie 21.
Phthisis pulmon., Bez. z. Irresein 357.
Physik, medicinische, Quelle d. allg. Psychopathol. 23.
Physiologie, allg. pathol. d. psych. Stör. 3. 386. 402.
Physiologische Hallucination 155.
Physiologische Illusion 145.
Physiologische Psychologie, Bez. z. allg. Psychopathologie 7.
Physiologische Zeit 37.
Pia mater, Veränd. ders. b. psych. Stör. 389.
Pick 133. 368.
Pigmentembolie d. Hirnrindencapillaren, Bez. z. psych. Stör. 338.
Pigmentirung der Ganglienzellen b. psych. Stör. 393.
Pinel 4. 19. 103. 237. 288. 380. 391.
Piorry 354.
Plexus chorioidei, Veränd. ders. b. psych. Stör. 389.

Plouquet 62. 103. 115. 133.
Pneumonie, Bez. z. psych. Stör. 353.
Politische Verhältnisse etc., Einfl. a. Frequenz d. psych. Stör. 312. 327.
Polypragmosyne 196. 221.
Popoff 393. 432.
Porta 20. 404. 405.
Postepileptisches Irresein 346.
Postfebriles Irresein 351. 352. 430.
Prädisposition, allg. z. psych. Stör. 301. 303. —, individuelle (besondere) 302. 315. —, angeborene, erbliche 315. —, angeborene, nicht erbliche 315. 325. —, erworbene 325. Folgen indiv. Präd. 327. —, prognost. Bedeutung ders. 299. —, Ursachen ders. 326. 420. 421.
Predigerkrankheit 59.
Prichard 69. 84. 301. 330. 361. 372.
Primäre Psychosen 275. 297. — Verrücktheit 13. 208. 304. 330. 332.
Processkrämerwahn 208.
Process, psychopathischer 13. 273. 329. 441.
Prodromalerscheinungen d. psych. Störung 276. —, psychische, d. epilept. Anfalls 346.
Progenäe Schädel, Bez. z. psych. Stör. 388.
Prognathie, Bedeut. f. Diagn. psych. Stör. 259. — bei Basilarsynostose 388.
Prognostik, allg., d. psych. Stör. 3. 273. 293.
Progressives Irresein 282. 443.
Progressive Paralyse 13. 219. 283. 391 ff.
Projectenmacherei 137.
Propensio major ad dement. 329.
Prostituirte, Prädisposition ders. z. psych. Stör. 312.
Protrahirtes Irresein 287. —, epileptisches 346.
Pruritus vulvae, Einfl. a. d. psych. Processe 380.
Pseudohallucinationen 157.
Pseudoparalysis progrediens a potus 365.
Psychische Anästhesie 67. — A. dolorosa 83. 93. — Analgesie 83. — Analgie 81. — Anhedonie 66. 92. — Epilepsie 346. 348. — Hallucination 157. — Hyperästhesie 66. — Hyperalgesie 71. — Hyperalgie 14. 66. 69. — Hyperhedonie 66. 87. — Verrichtungen a. d. Grosshirnrinde gebunden 6. 404. 405 ff.
Psychisch-epileptische Aequivalente 346.
Psychischer Shok, Bedeut. f. allg. Aetiol. der psych. Stör. 380 ff. — Schmerz 21.
Psychagogie 9.
Psychologie, physiol. u. allg. Psychopathologie 7.
Psychologischer Standpunkt in d. Diagnostik d. Seelenstörungen 263.
Psychometrie 32. 37.
Psychopathische Symptomencomplexe 245.
Psychosen, acute u. chronische 16. —, alkoholische 268. 304. 362 ff. —, epidemische 45. Lactations- — 268. 304. 311. —, luetische 355. —, primäre 275. 297. —, progressive 443. Puerperal- — 268. 310. 311. —, regulatorische 280. 442. —, secundäre 275. 297. —, toxische 359 ff. —, traumatische 334. Schwangerschafts- — 268. 304. 310. 311. Wochenbetts- — 268. 311. —, s. a. Irresein.
Pubertätsentwickelung, Einfl. a. Entstehung erblichen Irreseins 321. — a. E. psych. Stör. überhaupt 307. Irresein z. Zeit d. — (Pubertätsirresein) 307.
Puerperalpsychosen 268. 301. 310.
Puls d. Geisteskranken 27 ff. —, Bedeut. s. Beschaffenheit f. Diagnose d. Irreseins 260. — f. Prognose dess. 298. — -Veränderung b. Genesung 290.
Purkinje 108. 133. 200.

Quärulantenwahn 208.
Quecksilbervergiftung, psych. Stör. dabei 369.
Quellen d. allg. Psychopathol. 22. —, anthropologische 60. —, patholog. 60.

v. Rabenau 39.
Ramaer 397.
Ranke 413.
Rauchfuss 32.
Rausch, pathologischer 286. 362.
Reaction, Heilung durch diese 288. 294.
Reaction (elektr.) d. Nerven u. Muskeln b. psych. Stör. 33 ff. — d. Gehirns 36.
Reactionszeit (psychometr.) 37. 38.
Rechensucht, krankhafte 186.
Recidive d. psych. Stör. 281.
Reconvalescenz a. psych. Stör. 288.
Recurrens, febr., Bez. z. psych. Stör. 353.
Rees 55. 59.
Reflexhallucination 160.
Reflexreizbarkeit, krankh. 47.
Regulatorische Psychosen 281.
Reich 313. 325.
Reil 4. 61. 108. 115. 128. 133. 156. 190. 199.
Reizbare Schwäche 329.
Reizbarkeit, elektrische, d. Grosshirns, physiologische 408; s. auch Reaction.
Reizung, centrale, d. Rindenzellen 419. 422. —, peripherische 413. 419. 423.
Relaps d. psych. Stör. 281.
Religiöse Verhältnisse, Bedeut. f. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 312. 327.
Remak 384. 385.
Remission im Verlauf d. psych. Stör. 279.
Reproduction, erleichterte 115. —, erschwerte 120. —, spontane 119.
Rheumatismus, acut., Bez. z. psych. Stör. 353.
Richarz 198. 220. 231. 316. 322. 403.
Ricker 55.
Rillet 307.
Rinde d. Grosshirns, Anomalien ders. als wesentl. Urs. d. psych. Stör. 6. 20. —, diff. Erkrankungen ders. 19. 20. 269. 405. —, patholog. Anatomie, allg. 386. —, pathol. Physiol., allg. 402. — d. Stirnlappen, Bez. z. Intelligenz 410. — d. Schläfelappen, Bez. z. Empfind. 409. — d. Occipitallappens, Bez. z. Empfind., Gefühl etc. 410. —, verschiedene Territorien in ders., motorische, sensible 408 ff.
Rindfleisch 391. 393. 396. 397. 437.
v. Rinecker 306. 308. 309. 349. 355. 356.
Ripping 288. 310. 391. 396. 398.
Ritgen 203.
Robertson 371.
Robin 398.
Rösch 307. 317. 321. 323.
Rohlfs 48. 50. 51.
Rokitansky 391. 392. 394. 395. 396.
Romberg 66. 67. 307.
Rose 171. 232.
Rosenstein 27. 374.
Rothhaupt 28.
Rückenmarkskrankheiten, Bez. z. psych. Stör. 370.
Rührung 97.
Rush 4. 12. 73. 85. 90. 226. 315.
Russel 339. — Reynolds 344.
Rutherford 393. 396.

Sachenverwechselung (Illusion) 150.
Sämisch 30.
Säuferwahn 363.
Samt 252. 257. 266. 275. 305. 323. 344. 345. 346. 347. 408.
Sander 13. 129. 130. 131. 133. 168. 171. 307. 308. 330. 332. 344. 345.
Sandras 190. 211. 237. 329.
Saucerote 371.
Sauze 313.
Scarpa 39.
Schadenfreude 102.
Schädel, Anomalien d. Form b. Irren 387. —, Blutdruck in dems. 419. 433 ff. — -Formen, pathologische dess. 259. 387. —, in Bez. z. erbl. Prädisp. z. psych. Stör. 324. —, wichtig für Diagnose d. Irreseins. 259. — -Hypertrophie 388. — -Osteoporose 388. — -Stenosen 25. 388.
Scharfsinn, krankhafter 192.
Scheerer 402.
Schemata d. Vorstellens 106.

Schenk v. Grafenberg 49.
Scherr 56.
Schiff 222. 404. 405. 408.
Schläfelappen, Bez. z. Empfindungen 408. 409.
Schlaflosigkeit 249.
Schlafsucht 249. 250.
Schlafwandeln 249. 280. 347.
Schlager 261. 301. 304. 305. 316. 322. 334. 335.
Schlatter 55. 59.
Schlossberger 401.
Schmerz, psychischer, spontaner 73.
Schnitzer 61.
Scholz 349. 351. 374.
Schramm 354.
Schreck, als Urs. psych. Stör. 381.
Schreckhaftigkeit, krankh. 47.
Schröder 27.
Schröder v. d. Kolk 5. 20. 128. 129. 159. 162. 163. 227. 357. 372. 373. 386. 397. 407. 410. 411. 434.
Schrullen b. Originalität 328.
Schüle 25. 27. 162. 192. 210. 260. 269. 285. 340. 341. 344. 368. 390. 391. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 421.
Schüller 426.
Schultz 32.
Schulz 23. 24.
Schwachsinn 263. 266. 267. —, erworbener als Ausgang prim. Psychosen 290 f. — b. Hebephrenie 307. —, moralischer s. moral. Irresein. —, originärer 267. 268.
Schwäche, reizbare 329. — d. triebartigen Strebens 229. — d. Willens 241.
Schwangerschaftspsychosen 268. 304. 311.
Schwefelkohlenstoffvergiftung, Bez. z. psych. Stör. 360.
Schwefelwasserstoffvergiftung, Bez. z. psych. Stör. 360. 361.
Schwermuth s. Melancholie.
Secundäre Psychosen 275. 297.
Seegen 358.
Seifert 25.
Seitz 336.
Selbstbewusstsein 182.
Selbstmord, Todesursachen b. psych. Stör. 292. — -trieb, -sucht 237. 279. —, erblicher 317.
Senile Psychosen 305.
Senium, Bez. z. allg. Prädisp. psych. Stör. 304. 305.
Sensibilität b. psych. Stör. 34 ff.
Sensorische Bezirke d. Hirnrinde 409. 410.
Sentimentalität als Contrastwirkung 181. —, extreme bei psychopathisch Prädisponirten 329.
Sentoux 104. 192.
Sexualempfindung, conträre 53, 82. 232. 234. —, temporäre 235.
Sexuelle Begehrlichkeit gesteigert 225. — vermindert 230.
Seuchen, Einfluss a. Frequenz d. psych. Stör. 314. —, Einfl. auf psych. Leben d. Völker 55.
Shearer 79.
Siderische Einflüsse, Bez. z. psych. Stör. 314.
Siebenhaaar 211. 361.
Siebert 337.
Silbernick 371.
Simon 13. 32. 35. 126. 335. 361. 365. 370. 384. 391. 394. 395. 396. 397. 408.
Simulation psych Stör. 273.
Sinnestäuschungen, -delirien, -vorspiegelungen 141. S. a. Phantasmen.
Sinogowitz 19. 103. 141. 161. 168. 170. 211. 273.
Sinusthrombose Bez. z. psych. Stör. 338.
Sistirung aller psych. Lebenserscheinungen 249. 404. — d. Vorstellungsverlaufes 183. 202.
Sitophobie 231.
Sitz d. psych. Störung 6. 18. 404.
Skae 304. 305. 307. 334. 335. 380. 400. 401.
Sklerose d. Ganglienzellen b. Irresein 394. — d. Neuroglia 396. — d. Gehirns, multiple Bez. z. psych. Stör. 337.
Snell 13. 138. 149. 228. 370.
Sociale Verhältnisse, Bez. z. psych. Stör. 312. 327.
Solanin, Wirk. a. psych. Proc. 368.

Solbrig 303. 313. 329. 331. 371.
Solfanelli 371.
Soltmann 408.
Somnambulismus 249. 280. 347.
Somnolenz 250.
Sonderbarkeiten d. Charakters 316. 328.
Sopor 250.
Spamer 62. 403.
Spannkräfte in d. Ganglienzellen d. Hirnrinde 412 ff.
Spengler 354.
Spermatorrhöe Bez. z. psych. Stör. 379.
Spielmann 1. 73. 97. 138. 211. 252. 344. 377.
Spontane Erinnerung 119.
Spontaner psych. Schmerz 73.
Sprengel 43. 53. 55.
Springer (Jumpers) 48. 50.
Sphygmographie, Ergebnisse ders. b. psych. Gestörten 27.
Stadien d. psych. Stör. 274. — acmes (d. Höhe) 278. — decrementi (d. Abnahme) 278. — invasionis 277.
Stadium decrementi fieberhafter Krankh., psych. Stör. in dems. 351.
Stadthagen 232.
Städeler 401. 402.
Stahl 25. 388. 420.
Stark 308. 309.
Status typhosus 350.
Stehlsucht, -trieb 237. 279. 345.
Steigerung, krankh., d. Anschauung 108. — d. Combination 192. — d. Phantasie 136 ff. — d. triebart. Strebens 217. — d. Wollens 237.
Stein 384.
Stickoxydul, Wirk. a. psych. Proc. 368.
Stiff 23. 24.
Stimmung, Einfl. ders. auf Entsteh. von Wahnvorstell. 208. — smischung 97. —, unmotivirte, wichtig f. Diagnose d. Irreseins 257. — verändert in psych. Stör. 261. — -swechsel 96.
Stockung d. Vorstellungsverlaufs 183. 202.
Streben, Strebungen, Anomalieen ders. 210. —, d. triebartigen 217 ff. —, krankhafte Steigerung ders. 217. —, Verminderung ders. 229. —, Perversitäten dess. 232. 233. 234.
Stricker 397. 435.
Stupor 247. — —, anergetischer 248. —, delusioneller 248.
Subacute Psychosen 287.
Sulfate im Harn Geisteskranker 41.
Surexcitation d. Fonct. intell. 192.
Sury-Bienz 274.
Sutherland 39. 40. 41. 315. 318.
van Swieten 355.
Symptomatisch-psycholog. Standpunkt in d. Diagnostik psych. Stör. 263. —, Einfl. auf allg. Prognostik 297.
Symptomatologie, allg. d. psych. Stör. 61 ff.
Symptome d. psych. Stör. 252. —, indirecte 253. —, objective 254. —, subjective 253.
Symptomencomplexe, psychopathische 245.
Syphilis 355.

Tabak, übermässiger Genuss dess., Bez. z. psych. Stör. 365.
Tageszeiten, Einfluss ders. auf psychopathisch Prädisponirte 314. 327.
Tamassia 386.
Tanzwuth 48.
Taranteltanz, Tarantismus 49.
Tebaldi 29. 30. 31.
Tellurische Einflüsse, Bedeut. f. allg. Aetiol. d. psych. Stör. 314. 327.
Temperamente 65.
Temperament, nervöses (Irreseinstemperament) 329.
Temperaturschwankungen bei psych. Stör. 25. — prognost. Bedeut. 299. — Einfluss auf d. Vorgänge in d. Hirnrinde 428. Vgl. auch Fieberbewegungen.
Theomonie (völkerpsychol.) 58.
Thermometrie, Ergebnisse ders. b. Irren 25 ff.
Thierverwandlung (völkerpsychol.) 53. (pathologisch) 206.
Thore 307. 308. 349.

Thrombose d. Hirnsinus, Bez. z. psych. Stör. 338.
Thucydides 125.
Tics d. Geisteskranken 228.
Tigges 32. 33. 34. 35. 316. 393. 394. 396.
Tobsucht 217. 263. 334. —, Bezieh. z. act. Hirnhyperämie 437. S. auch Manie.
Tod als Ausgang psych. Stör. 292. — z. Theorie 444.
Todesursachen Geisteskranker 292. 293.
Tödtlicher Ausgang d. psych. Stör. s. Tod.
Toxische Psychosen 268. 286. 359. 360.
Transformation de la personalité 203.
Transformationen d. psych. Stör. 288. —, psychopathische d. Neurosen 338.
Transitorische Psychosen 286. — z. Theorie 441. 442.
Traumatische Psychosen 304. 334.
Traumreden 249.
Treviranus 152.
Triebartige Handlungen b. Maniakalischen u. s. w. 219.
Triebe, triebartiges Streben, krankhafte Schwäche ders. 229. —, Steigerung 217. — Perversitäten ders. 232. 233. 234.
Tristimanie 73.
Trousseau 344.
Trugwahrnehmungen s. Phantasieen.
Tuberculose, Bez. z. ps. Stör. 357.
Tuke 4. 274. 301. 303. 307. 316. 357. 361. 393. 396.
Tumoren des Gehirns, Bez. z. psych. Stör. 338.
Tylor 43. 45. 53. 55. 58.
Typen der Geistesverfassung 9. —, Unterschied v. krankh. Geistesverfassung 9.
Typhöser Zustand 350.
Typhomanie 350.
Typhus abdom., Bez. z. psych. Stör. 353. — exanthemat. 353. — recurrens 353.
Typus (Durchschnitts-) d. Geistesverfassung 9.
Tyrosin im Gehirn bei Krankheiten 402.

Ueberanstrengung, intellectuelle, Urs. v. psych. Stör. 383. 384.
Uebergänge zwischen psych. Ges. u. Krankh. 271.
Ueberreizung, psych., Urs. v. Irresein 380.
Uhde 116.
Ullrich 25. 316. 320. 321.
Unberechenbarkeit d. Stimmungen u. Handlungen psychisch Gestörter 329.
Unheilbare secundäre Psychosen 275. 297.
Unmotivirte Stimmungen, Wichtigk. ders. f. Diagnose d. Irres. 257.
Unlust, Unlustgefühle 63. —, Anomalien ders. 69.
Unsittlichkeit, Bez. z. psych. Stör. 270.
Unvollständige Heilung d. psych. Stör. 290. — zur Theorie 444.
Urin b. psych. Stör. s. Harn.
Urintrinken 102. 233. —, prognost. Bedeutung dess. 296.
Ursachen d. psych. Stör. 302. —, accidentelle 334. —, gemischte 376. —, prädisponirende 303 ff. 325 ff. —, psychische 380 ff. —, somatische 334 ff. —, veranlassende 334. —, Wirkungsfähigkeit ders. b. erbl. Belastung 321. —, Wirkungsweise ders., Theoretisches darüber 419 ff.
Ursachen d. Todes Geisteskranker s. Todesursachen.
Urtheilstäuschungen über sinnlich Wahrgenommenes, Unterschied v. phantast. Illusion 146.
Uteruskrankheiten, Bez. z. psych Stör. 380.

Vagabunden, Irresein ders. 313. 329. 332.
Vaginismus, Bez. z. psych. Stör. 380.
Velthusen 55.

Veränderung d. Charakters, d. Neigungen, Stimmungen b. ps. Stör. 261.
Veränderungen d. Blutes b. psych. Stör. 39. —, Ursachen v. psych. Stör. 433. — d. Dura mater b. Irresein 388. d. Ganglienzellen 393. — d. Gefässe d. Hirns 396. — d. Hirnrinde 390. — d. Leptomeninx 389. — d. Neuroglia 395. — d. Schädels 388.
Verbildung d. Ohren 259. 324.
Verbrechen, Bez. z. Irresein 270.
„Verbrecherwahnsinn“ 313. 329. 331.
Verdickung d. Schädelknochen b. ps. Stör. 388.
Vererbung d. psych. Stör. 315 ff. —, cumulative 321. —, directe 320. —, gleichartige 319. —, gleichförmige 319. —, indirecte 320. —, intermittirende 317. —, progressive 317. —, regressive 318. —, stetige 317.
Verfettung d. Ganglienzellen b. psych. Stör. 394. — d. Gefässe d. Rinde 397.
Verfolgungswahn 205. —, Bez. z. Melancholie 265. — d. Säufer 365. —, sexueller 208. — b. primärer Verrücktheit 332.
Vergesslichkeit 120.
Vergiftungen, Bez. z. psych. Stör. 359 ff. 440. —, autochthone 359.
Verhältnisse, persönliche d. Kranken, Bedeut. f. Prognose d. Irreseins 300. —, politische, religiöse, locale, Bez. z. Geistesstör. 312. 327.
Verhalten d. psych. Persönlichkeit verändert durch psych. Stör. 261.
Vering 225.
Verkalkung d. Ganglienzellen b. psych. Stör. 395. — d. Gefässe d. Hirns 398.
Verlauf u. Association d. Vorstellungen. Anomalien ders. 178. — erleichtert 192. — erschwert 199.
Verlauf d. Psychosen 273. —, annähernd regelmässiger, regelmässiger, unregelmässiger 275. 276. —, continuirlicher 278. —, Einfl. a. Prognose 294. —, intermittirender 278. —, remittirender 278. —, Theoretisches über dens. 441.
Verrücktheit 263. 266. 268. 280. 290. —, Arten derselben 266. —, primäre (originäre) 13. 208. 304. 330. 332. —, secundäre 266. 290.
Versipellis (Wärwolf) 153.
Verwandeltsein (völkerpsychologisch) 53 f. (pathologisch) 205. 206.
Verwirrtheit 268.
Verworrenheit 196. 280.
Vielbeweglichkeit, krankh. 220. — b. Tobsucht 220. — b. Mel. agitans 221. — bei anderen Psychosen 221 f.
Vierordt 37.
Vigla 367.
Virchow 25. 153. 393. 395.
Visionen 160.
Vix 373.
Völkerpsychologie als Quelle d. allg. Psychopathol. 43.
Völkerpsychologische Aequivalente des Irreseins 44 ff.
Vogel 41.
Voisin 361.
Voit 402. 404.
Vollständige Heilung d. psych. Stör. 287. —, Theoretisches darüber 444.
Vorstellen, Vorstellungen, Allgemein- 105. —, Anomalien ders. 61. 103 ff. —, combinirte 178. —, complexe 105. —, Schemata ders. 106. —, falsche 202. —, Inhalt ders. 204. 205. 206. —, Verlauf u. Association ders. 178 ff. —, erleichtert, allgemeiner 192. —, partiell 183. —, erschwert 199. Excentrische Assoc. d. — 195.
Vorstellungsflucht 195.
Vulnerabilität, psychische 315.
Vulva, Pruritus ders., Bez. z. psych. Stör. 380.

Wachsmuth 5. 16. 25. 26. 61. 62. 165. 175. 211. 239. 274.
Wärme, strahlende, Bedeut. f. allg. Aetiol. d. Psych. 335.
Wärwölfe (völkerpsychol.) 54. 153.
Wagner 163. 337.

Wahn 203. — d. Begabtseins 206. — d. Behextseins, Besessenseins 205. — d. Bevorzugung 206. — gesund zu sein 206. Grössen- — 206. —, hypochondrischer 205. —, melancholischer, im eng. Sinne 205. — d. Reichthums 206. Verfolgungs- — 207. 265. Sexueller Verf.- — 208. Versündigungs- — 205. 265.
Wahnideen, Wahnvorstellungen, depressiven Inhaltes 205. —, diagnostische Bedeutung 257. —, Entstehung ders. 208. 209. 210. — erhebenden Inhaltes 206. —, gemischte 207. —, melancholische im eng. Sinne 205. —, prognost. Bedeutung 295. — „der Sinne" 141. —, Todesursachen Geistesgestörter 292.
Wahnsinn 263. 266.
Wahrnehmungen s. Anschauung.
Wassergehalt d. Gehirns b. psych. Stör. 401.
Watton 355.
Webber 75.
Weber 349. 351.
Webster 386.
Wechsel d. Sympt. d. Irreseins, Einfl. a. Prognose 294.
Wechselvolle Hallucination 160.
Wedl 395. 397. 398.
Wehmuth 97.
Weibliches Geschlecht, besonders prädisponirt f. erbl. Geistesstör. 321.
Weinberg 39.
Weinling 211.
Weiss 344. 346. 403. 414.
Weissbach 401.
Welcker 53. 54.
Wendt 29. 30. 31.
Werle 25. 26. 27.
Wernher 408.
Wernich 171.
Wesen d. psych. Störung 5.
West 307.
Westphal 25. 27. 29. 30. 35. 53. 75. 79. 82. 230. 234. 235. 266. 275. 280. 285. 323. 330. 371. 391. 392.
Weyers 344.
Wicke 48.
Widerwille, krankh. 231.
Wiedemeister 130. 393. 395. 396.
Wierus 56.
Wigan 130. 406.
Wille 75. 76. 252. 261. 305. 334. 335.
Willen, Wollen, Anomalien dess. 61. 210. 237. 241. — senergie, -festigkeit, -stärke, krankh. gesteigert 237. — sschwäche, -losigkeit 241. s. auch Hyperbulie u. Abulie.
Williams 25. 26. 357. 374. 375.
Willis 12.
Wilks 374.
Winslow 190. 313. — Forbes 5. 274.
Wisshaupt 361.
Witkowski 285. 314. 371.
Witzigkeit b. krankh. Scharfsinn 193.
Wohlrab 324.
Wolff 25. 26. 27. 28. 29. 260. 274. 298. 421.
Wollen s. Willen.
Wood 41.
Wretholm 55.
Wüstenhallucinationen 164.
Wunderkinder 11. 329.
Wunderlich 5. 27. 61. 104. 108. 211. 238. 356.
Wundt 37. 38. 43. 88. 136. 142. 145. 146. 155. 160. 175. 181. 218. 405. 411. 412. 418. 428. 430.
Wuth 237. — -Anfälle der Epileptiker 265. 347.
Wuthkrankheit d. Menschen, psych. Stör. dabei 353. s. auch Lyssa.

Zeichen s. Krankheitszeichen, Merkmale.
Zeitalter, Bez. z. Prädisp. z. psych. Stör. 303.
Zellen d. Grosshirnrinde s. Ganglienzellen.
Zeller 12. 99. 100.
Zerfall, moleculärer, der Rindenzellen b. psych. Stör. 394.
Ziegler 25. 26.
Zillner 55.
Zollbeamte, Prädispos. ders. z. psych. Stör. (progr. Paralys.) 312.

Zuckerbildende Substanzen im Gehirn b. Diabetes 402. — -krankheit s. Diabetes.

Zunahme des Körpergewichts b. Heilung u. Unheilbarkeit d. psych. Stör. 24. 290. —, Einfl. ders. a. Prognose 299.

Zusammenhang d. psych. u. somat. Krankheitszeichen, wichtig f. Begriff u. Diagnose des Irreseins 10. 259. 271.

Zustand, Zustände, abnorme, d. Genitalien als Urs. psych. Stör. 375 ff. —, abnorme psychische 10. —, epileptoide 348. —, psychopathische (krankh. Seelenzustände) 11. 13. 239. 441. —, typhöser 350.

Zwangsgefühle 257.

Zwangsvorstellungen 183 ff. —, arithmetische 186. —, Bez. z. krankh. Impulsen 189. 190. 232. —, diagnost. Bedeutung ders. 257. — in Frageform 184. —, Zwangshypothesen 187. —, imitatorische 190.

DRUCKFEHLER.

S. 2, Z. 16 v. u. lies vorauszuschicken. — S. 7, Z. 7 v. u. l. der modernen, der. — S. 9, Z. 14 v. u. l. Skelets. — S. 11, Z. 4 v. o. l. zu bestehen. — S. 39, Z. 24 v. o. l. vermochten. — S. 49 ff. über d. Text l. Völkerpsychologie. — S. 55, Z. 14 v. o. l. circumsessiones. — S. 88, Z. 1 v. o. l. excessivere. — S. 89, Z. 19 v. u. l. penibele. — S. 91, Z. 9 v. u. l. paralytischen. — S. 94, Z. 4 v. u. l. Avancement. — S. 106, Z. 4 v. u. l. denen statt dem. — S. 141, Z. 6 v. u. l. délire. — S. 141, Z. 14 v. u. l. Friedreichs. — S. 148, Z. 2 v. o. l. wichtige statt richtige. — S. 149, Z. 16 v. u. l. den statt dem. — S. 151, Z. 12 v. u. l. doch statt noch. — S. 163, Z. 1 v. o. l. ihn statt ihm. — S. 178, Z. 22 v. u. l. Anschauungs-. — S. 182, Z. 8 v. u. l. übernatürlichen. — S. 190, Z. 10 v. u. l. Torsi. — S. 191, Z. 14 v. u. l. vernichten auf. — S. 193, Z. 17 v. o. l. Unsinnigkeiten. — S. 198, Z. 2 v. o. l.— die statt die —. — S. 200, Z. 2 v. o. l. Verhalten. — S. 203, Z. 4 v. u. l. ihnen statt ihren. — S. 203, Z. 11 v. u. l. wandelt statt verwandelt. — S. 205, Z. 1 v. o. l. Wehe statt Wahn. — S. 208, Z. 2 v. u. l. noch statt nach. — S. 226, Z. 20 v. o. l. welchen. — S. 237, Z. 12 v. o. l. „Seelenvermögens“. — S. 268, Z. 7 v. o. l. der statt ver. — S. 268, Z. 18 v. u. l. Bummler statt Bettler. — S. 315, Z. 6, 7 v. o. l. entschiedene statt entscheidende. — S. 325, Z. 2 v. o. l. Hypospadie. — S. 328, Z. 1 v. u. l. als Resultat. — S. 331, Z. 11, 10 v. u. l. ; seine eingebildete statt seiner eingebildeten. — S. 331, Z. 17 v. u. l. wesentliche. — S. 334, Z. 17 v. o. l. Somatische Ursachen. — Kopfv. — S. 335, Z. 15 v. u. l. Paresen. — S. 347, Z. 16 v. o. l. welchen. — S. 348, Z. 14 v. o. l. Mordmanie statt Monomanie. — S. 348, Z. 13 v. u. l. freien statt feinen. — S. 349, Z. 10 v. o. l. Geisteskrankheiten. — S. 349, Z. 21 v. o. l. dabei. — S. 350, Z. 4 v. u. l. verschiedene. — S. 410, Z. 6 v. o. l. complicirteren. — S. 418, Z. 1 v. u. l. nothwendig eine. — S. 423, Z. 19 v. u. l. irritativen statt imitativen. — Zu ändern sind an einigen Stellen die Namen Addisson in Addison, Benedict in Benedikt, Buckwill in Bucknill, Craigner-Stewart in Graigner-Stewart, Hauster in Gauster, Griesiger in Griesinger, C. K. Hofmann in C. K. Hoffmann, Kaster in Koster, Le Grand du Saulle in Legrand d. S., Lewinstein in Levinstein, Solfanetti in Solfanelli, S. Weiss in J. Weiss.

Druck von J. B. Hirschfeld in Leipzig.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Die Störungen der Sprache.

Versuch einer Pathologie der Sprache

von Prof. **Adolf Kussmaul** in Strassburg.

Mit 1 Holzschnitt. gr. 8. 1877. 5 M. 50 Pf.

Die luetische ERKRANKUNG DER HIRNARTERIEN

nebst allgemeinen Erörterungen

zur normalen und pathologischen Histologie

sowie zur Hirncirculation

von **Dr. O. Heubner,**

a. ö. Professor der Medicin an der Universität zu Leipzig.

Mit 4 Tafeln. gr. 8. 1874. geh. 9 M.

DIE NERVENDEHNUNG

ALS OPERATION IN DER CHIRURGISCHEN PRAXIS

von **Dr. PAUL VOIGT,**

Prof. in Greifswald.

Mit 10 Holzschnitten und 1 Tafel. gr. 8. 1877. 2 M. 40 Pf.

Das Verhältniss der Nerven

zu den willkürlichen Muskeln der Wirbelthiere

von **Dr. A. Gerlach,**

Professor der Anatomie und Director des anat. Instituts der Universität Erlangen.

Mit 4 Tafeln. gr. 8. 1874. geh. 4 M.

Das Nervensystem und die Sinnesorgane der MEDUSEN.

Monographisch bearbeitet von

Oscar Hertwig und **Richard Hertwig,**

Privatdocenten in Jena.

Mit 10 lithogr. Tafeln. 1878. gr. 4. 40 Mark.

Demnächst wird erscheinen:

Das peripherische Nervensystem der WIRBELTHIERE

als Grundlage für die Kenntniss der Regionenbildung der Wirbelsäule

von **Dr. Hermann von Jhering** in Erlangen.

gr. 8. $31\frac{1}{2}$ Bogen Text. Mit 5 Tafeln.

Verlag von F. C. W. VOGEL in Leipzig.

Lehr- und Handbücher.

Aeby, Chr. (Bern). **Lehrbuch der Anatomie** für Aerzte und Studirende. Mit 391 Holzschn. gr. 8. 1871. 18 M.

Birch-Hirschfeld, Dr. F. V. (Dresden). **Lehrbuch der pathologischen Anatomie.** Mit 5 Tafeln. gr. 8. 1877. 25 M.

Bohn, Prof. Dr. H. (Königsberg). **Handbuch der Vaccination.** gr. 8. 1876. 7 M.

Buchheim, Dr. E. **Handb. für Versicherungs-Aerzte.** gr. 8. 1878. 5 M. 60 Pf.

Hofmann, Prof. Dr. Franz (Leipzig). **Handbuch der Ernährungs- und Nahrungsmittellehre des Kindes** im ersten Lebensjahre auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen. gr. 8. (Erscheint 1878.)

Hueter, Prof. Dr. Carl (Greifswald). **Klinik der Gelenkkrankheiten.** Zweite Auflage. Mit 108 Holzschnitten. 3 Theile. cpl. gr 8. 1878. 25 M. 50 Pf.

——— **Die allgemeine Chirurgie.** Eine Einleitung in das Studium der chirurgischen Wissenschaft. Für Aerzte und Studirende. gr. 8. 1873. 14 M.

Hüter, Dr. V. **Compendium d. geburtshilfl. Operationen.** gr. 8. 1874. 6 M.

Liebermeister, Prof. Dr. Carl (Tübingen). **Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers.** Mit 24 Holzschnitten. gr. 8. 1875. 13 M.

Möbius, Dr. P. (Leipzig). **Grundriss des deutschen Militär-Sanitätswesens.** Ein Leitfaden für in das Heer eintretende Aerzte. g. 8. 1878. 3 M. 20 Pf.

Neudörfer, Dr. I. (Wien). **Handbuch der Kriegschirurgie.** 2 Bände. Mit zahlreichen Holzschnitten. gr. 8. 1872. (45 M.) Herabgesetzter Preis 25 M.

Pirogoff, N., **Grundzüge d. allgem. Kriegschirurgie.** gr. 8. 1864. 14 M. 75 Pf.

Ranvier's, L., **Technisches Lehrbuch der Histologie.** Uebersetzt von Dr. W. Nicati u. Dr. H. v. Wyss in Zürich. 1—4. Liefg. Mit 215 Holzschnitten. 12 M.

Schroeder, Prof. Dr. C. (Berlin). **Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.** Mit 147 Holzschn. Dritte Auflage. gr. 8. 1877. 10 M.

Steiner, Prof. Dr. J. (Prag). **Compendium der Kinderkrankheiten** für Studirende und Aerzte. Zweite Auflage. gr. 8. 1873. 9 M.

Tröltsch, Prof. Dr. A. v. (Würzburg). **Lehrbuch der Ohrenheilkunde.** Mit 22 Holzschnitten. Sechste Auflage. gr. 8. 1877. 14 M.

Weil, Prof. Dr. A. (Heidelberg). **Handbuch und Atlas der topographischen Percussion.** Mit 3 Holzschn. und 26 Tafeln. gr. 8. 1877. 10 M.

v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie. 16 Bände.

Jahresberichte über die Fortschritte
der
Anatomie und Physiologie.

Herausgegeben von
Prof. Fr. Hofmann und **Prof. G. Schwalbe.**

I–VI. Band.

Preis à Band 15—20 M.

Druck v. Hirschfeld, Leipzig.

21. Sep. 2011

Buchbinderei
H. Pantele
85376 Massenhau
Tel.: 08165 - 801

Emminghaus, Hermann,

Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstö
rungen

Leipzig 1878

Path. 364 v
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11377881-6